33

DE LA STÉNOSE PYLORIQUE

CONSECUTIVE A L'ULCÈRE DE L'ESTOMAC

CHEZ L'ARABE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

N° Année 1909

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 17 novembre 1909, à 1 heure

PAR

G. LEDRAIN

Ancien interne de l'Hôtel-Dieu d'Angers,
Lauréat de l'Ecole de Médecine et des Hospices d'Angers,
Assistant en chirurgie à l'Hôpital Sadiki de Tunis.

Né le 17 Avril 1884 a Loué (Sarthe)

DE LA STÉNOSE PYLORIQUE CONSÉCUTIVE A L'ULCÈRE DE L'ESTOMAC CHEZ L'ARABE

Président : M. PAUL SEGOND, *Professeur.*

Juges : MM. DELBET, *Professeur.*
PIERRE DUVAL, *Agrégé.*
PROUST, *Agrégé.*

Le Candidat répondra aux différentes questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE LEVÉ
71, RUE DE RENNES, 71

1909

UNIVERSITÉ DE PARIS. — FACULTÉ DE MÉDECINE.

Le Doyen..... M. LANDOUZY

PROFESSEURS :	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	BRISSAUD DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	P. MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la Chirurgie	CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM DIEULAFOY DEBOVE LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	G. BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DES-SAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.	MM.	MM.
AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECÈNE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (Ferd.)	DUVAL (Pierre)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LOEPER	RENON
BROCA (André)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (André)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBÉ (Marcel)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PERE

Qui par son exemple m'a appris à aimer la vie médicale, qui m'a guidé de son expérience et à qui je dois ce que je suis.

A MES SŒURS ET A MES FRERES

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

ET DE L'HOTEL-DIEU D'ANGERS

A M. LE Dr BRUNSWIC-LE-BIHAN

Médecin en chef de l'Hôpital Sadiki de Tunis

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR SEGOND

A MES CAMARADES D'INTERNAT

DE L'HOTEL-DIEU D'ANGERS

A MES COLLÈGUES DE L'HOPITAL SADIKI

DE LA STÉNOSE PYLORIQUE

CONSÉCUTIVE A L'ULCÈRE DE L'ESTOMAC

CHEZ L'ARABE

INTRODUCTION

Depuis que nous avons l'honneur d'être un des assistants de M. le Dr Brunswic-le-Bihan à l'hôpital Sadiki, hôpital réservé aux Musulmans, il nous a été donné d'observer un certain nombre de malades atteints de sténose pylorique. Avant de venir ici, nous avions vécu plusieurs années auprès de M. le Pr Monprofit, un des chirurgiens qui se sont le plus occupés de la chirurgie gastrique. Il n'est donc pas étonnant que nous ayions observé les malades arabes avec un grand intérêt et que nous ayions choisi ce sujet pour en faire notre thèse. M. le Dr Brunswic-le-Bihan a bien voulu nous autoriser à publier sa statistique. Elle pourra paraître pauvre auprès des statistiques formidables d'autres chirurgiens. Cette considération ne saurait nous arrêter. En plus qu'elle apporte de nouveaux faits, et aucun fait n'est à dédaigner, elle est, à notre avis, particulièrement intéressante,

parce qu'elle résulte d'observations faites dans une race différente de la race européenne. Et si nous avions été assez heureux pour bien observer, nous apporterions une contribution nouvelle à la pathologie comparée. Mais sans oser une pareille prétention, nous dirons simplement que ce sujet nous a plu. Nous l'aurons traité avec les défauts de notre âge. On y trouvera peut-être des opinions trop arrêtées, des affirmations et des négations trop absolues, que nous-même pourrons plus tard reconnaître fausses Nous n'avons d'autre excuse que notre sincérité.

Qu'il nous soit permis avant, de remercier ici ceux qui de près ou de loin, amis ou ennemis, eurent sur nous une influence quelconque. C'est à eux, aux uns comme aux autres, que nous devons ce que nous sommes. Nous ne l'ignorons pas. Mais si nous ne pouvons tous les nommer, nous devons au moins saluer ceux d'entre eux dont l'influence fut primordiale.

M. le Pr Monprofit et M. le Pr Thibault, aux services de qui nous eûmes le grand honneur d'appartenir, furent pour nous plus que des Maîtres chargés de nous instruire dans l'art de la clinique chirurgicale et de la clinique médicale. Leur bienveillance, les marqués d'intérêt qu'ils voulurent bien nous donner tant de fois, leur ont acquis sur nous des droits à une affection et à une reconnaissance que nous sommes heureux de leur témoigner ici. M. le Dr Brunswic-le-Bihan, en nous choisissant comme un de ses assistants, sur la recommandation de notre Maître Monprofit, en nous confiant plus tard la direction d'un service et en nous chargeant

d'assurer le sien pendant un de ses congés, nous a permis de perfectionner nos connaissances chirurgicales et d'apprendre à opérer. Ce Maître a fait plus, en nous donnant bien souvent la preuve d'une solide amitié. Nous sommes heureux de pouvoir l'assurer à nouveau de notre respectueuse affection et de notre absolu dévouement. Nous ne pouvons insister, sans risquer de froisser leur modestie, sur les qualités de ces trois hommes. Mais il est bon pour un jeune homme de sentir derrière lui de pareils appuis. Ils peuvent lui donner un sentiment d'orgueil, à l'idée qu'il a su les mériter, mais surtout ils doivent lui donner la conscience d'une responsabilité plus grande, car s'il venait à tomber, de tels exemples ne lui seraient pas une excuse.

M. le Pr Segond nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Qu'il veuille bien agréer l'assurance de notre respectueuse gratitude.

AVANT-PROPOS

En étudiant les sténoses pyloriques chez l'Arabe, nous avons été frappé de la similitude presque exacte de tous les cas. En en rapportant ici les résultats, nous n'avons aucune prétention à faire une revue générale des sténoses pyloriques d'origine ulcéreuse. La question est connue. Observant chez l'Arabe, nous avons noté les points qui nous ont paru intéressants. Tout en suivant l'ordre classique et tout en étudiant successivement l'étiologie, la pathogénie, l'anatomie pathologique, l'étude clinique et le traitement, nous ne nous arrêterons que là seulement où nous notons des différences entre l'Arabe et l'Européen. Aussi existera-t-il dans ce travail des disproportions énormes et qui auront été voulues.

Nous devons aux renseignements et aux observations de M. le Docteur Broc, d'avoir pu rétablir l'histoire clinique de la période d'ulcère. Nous sommes heureux de pouvoir le remercier du mal que nous lui avons causé.

ÉTIOLOGIE

Il nous est impossible d'apporter des renseignements exacts sur l'hérédité, sur le début de l'affection et sur sa durée. L'Arabe, peuple fataliste, ignore le passé, dédaigne l'avenir et ne se préoccupe que de l'heure présente. Nous avons vu des malades nous dire qu'ils avaient 60, 80, 100 ans, alors que leur aspect les montrait atteints de 40 à 50 ans. Ils n'ont pas d'état civil, ignorent l'âge de leurs enfants, la date de leur mariage. A toutes les questions touchant leurs antécédents, ils répondent qu'ils ne savent pas ou bien ils donnent des renseignements invraisemblables.

Ce travail ne concerne que des hommes. La proportion des malades souffrant de l'estomac sur l'ensemble des Arabes qui viennent à la consultation externe est assez difficile à établir. Elle nous paraît être environ dans les rapports de 17 p. 100. Quant aux femmes, la difficulté encore grande de les retenir à l'hôpital pour les examiner, fait que nos documents de ce côté sont trop restreints pour que nous puissions tabler sur eux. Cependant les affections stomacales nous ont semblé beaucoup moins fréquentes chez elles. Aucune intervention n'a été pratiquée sur elles. La femme arabe n'ac-

cepte guère encore que les opérations destinées à supprimer une fistule ou une difformité. Parmi les causes prédisposantes, une place doit être faite à la nourriture. Vivant dans un pays où la saison de chaleur supprime tout appétit, l'Arabe a dû, pour le réveiller, user d'artifices qui sans doute ne sont pas inoffensifs pour l'estomac. Nous devons à Si Mourali, auxiliaire à l'hôpital Sadiki, les renseignements qui vont suivre : nous sommes heureux de l'en remercier ici.

Le pain est toujours, dans les villes, à base de semoule et, dans les campagnes, à base d'orge, de blé ou de maïs. Les gens riches, au pain de semoule ajoutent du beurre, des graines de sésame et du sucre. Le plus souvent mal pétri et mal cuit, le pain arabe est lourd, indigeste.

Les viandes sont ordinairement préparées en ragoût. La cuisine est faite à l'huile d'olive. Un verset du Coran dit aux Musulmans : « Il vous est défendu de manger de la charogne, du sang et de la chair de porc ». Le porc et le sanglier sont donc bannis de l'alimentation du Musulman. La viande provient surtout du mouton qui fait l'objet d'une des plus grandes fêtes des Arabes. A côté de lui figure au second plan le bœuf et le chameau. Les habitants de Gabès, et à Tunis les fumeurs de chanvre indien, sont très friands de la viande de chien. La viande de cheval ou d'âne n'est pas défendue par la religion, mais l'usage en est réprouvé. Cependant le foie d'une jument qui dans une longue course s'abat de fatigue, est très recherché, en raison de la réputation qu'il a de faire engraisser les femmes les plus maigres. Mais c'est une thérapeutique coûteuse.

Les viandes sont apprêtées en ragoût et plus rarement rôties. En plus de l'huile, du sel et du poivre rouge, les Arabes y ajoutent des piments. On distingue le piment doux qui est encore supportable et le piment fort, intolérable pour les palais non habitués des Européens. Ces piments que les Arabes appellent felfel, entrent dans la composition de tous les plats. On les mange même en salades, ou tels quels avec du pain et du sel. Les autres légumes nécessaires aux ragoûts sont la courge jaune, les navets, les pommes de terre, les carottes, le chardon, les oignons, l'ail, les haricots, les petits pois et deux légumes spéciaux à ce pays, très appréciés : la gnaouia et la m'loukia. A côté d'eux il faut faire une place à part aux tomates que l'on mange fraîches ou conservées après les avoir fait sécher.

Nous devons une mention spéciale au Cous'Kci ou couscouss, le plat national, à la friture de courge et de piment et à la Chekchouka.

Cous'kci ou couscous

C'est un plat très difficile à bien faire, à base de semoule, de viande de mouton, de bœuf ou de volailles, de piments, de poivre rouge ou noir et de légumes bouillis. Pendant le mois de jeûne (Ramdam) on supprime les viandes, les sauces et les piments, que l'on remplace par du lait, du sucre, des noix, des dattes, des pistaches, des amandes, des noisettes. Ce plat s'appelle alors mesfouf. Les vieillards y ajoutent comme ils ajoutent à nombre de plats, quelques grains d'ambre gris, qui a la réputation d'être un aphrodisiaque.

Friture de courges et de piments

Elle constitue le repas du pauvre et des ouvriers et nous intéresse particulièrement. Ce plat se compose de tranches de courges et de piments frits dans l'huile. Au-dessus on dispose des œufs et du foie également frits dans l'huile.

Chekchouka

Mets également très en usage en Tunisie. On le prépare avec des œufs pochés, des oignons, du piment fort, du jus de tomate. On fait cuire le tout dans l'huile e on ajoute comme condiments du poivre et du sel.

Poissons.

Tous les poissons sont permis. Ce sont les mêmes qu'en France. Préparés en soupe, ils ont la réputation d'être aphrodisiaques. On les mange frits ou cuits au court-bouillon.

Légumes.

Les légumes qui entrent dans les ragoûts peuvent se manger seuls. On les fait cuire dans l'huile.

Fruits. Pâtisseries.

On retrouve ici, à côté du goût pour les choses fortes, un goût égal pour le sucre dont l'Arabe est très friand. Aussi aime-t-il les fruits en raison de leur douceur. En dehors des fruits que l'on consomme en France et que l'on retrouve ici, citons les oranges, les mandarines et la figue de Barbarie. La gourmandise de l'Arabe est incroyable et il lui arrive souvent avec cette der-

nière une aventure désagréable et parfois mortelle. La figue de Barbarie, en effet, est cause de fréquentes occlusions intestinales, que l'Arabe sait d'ailleurs traiter par un moyen assez curieux. Lorsqu'après avoir trop mangé de figues, il ressent les premiers symptômes du mal, voici le traitement dont il use et qui nécessite un ami, de l'huile et un roseau. L'ami introduit le roseau dans le rectum du patient, s'emplit la bouche d'huile et la projette par ce moyen dans l'intestin du malade. L'effet est, paraît-il, le plus souvent immédiat.

Les pâtisseries se préparent à l'aide de semoule, de farine de froment ou d'amidon, de beurre, d'amandes, de pistaches, de noisettes, de dattes, de graines de sésame, d'essence de rose, de sucre. La cuisson se fait dans le miel ou dans du lait sucré. Ou bien la pâte est portée au four. Leur forme ou leur parfum leur valent des appellations pittoresques : (Kaâb Gh'zal (cheville de gazelle) ; Oudhnine el Kadi (oreille du cadi) Knassett ; el Bey (morve du bey) ; Rihat Halkoum (parfum du gosier) ; Ghzil Gnat (cheveux de jeune fille) ; Souaba el Aljia (doigt de l'esclave blanche).

Enfin les confitures préparées avec des coings, des pommes, des poires, des carottes. Aux confitures de coings on prête une vertu curatrice dans les maladies du cœur ; aux confitures de carottes, des vertus aphrodisiaques.

En somme, la nourriture de l'Arabe est loin, très loin du régime qu'impose la médecine à ceux qui souffrent de l'estomac. L'huile, les piments, l'abus des sucreries, la digestibilité difficile de la plupart des aliments,

doivent entrer pour une grande part dans l'étude des causes prédisposant à l'ulcère de l'estomac. Il faut y joindre la gloutonnerie de l'Arabe et l'irrégularité des repas, chez des gens imprévoyants où la disette succède vite à l'abondance.

Rôle des intoxications

Par contre l'alcool, auquel Lancereaux attribue un rôle si important dans la genèse de l'ulcère, n'entre pas dans les causes que l'on peut invoquer dans la race arabe. Sans doute, ici comme partout où pénètre l'Européen, l'alcool exerce ses ravages. Mais grâce au Coran, et grâce à l'esprit profondément religieux de la masse, ce mal est encore restreint, et non seulement nous ne retrouvons des antécédents éthyliques que dans une observation, mais ce qui nous montre l'infime minorité des buveurs, c'est la facilité des chloroformisations au cours desquelles nous n'observons que rarement l'agitation, le délire de parole et les crachottements si fréquemment observés en France.

Rôle des infections chroniques

Nous retiendrons trois infections chroniques, particulièrement fréquentes chez l'Arabe et qui ont été accusées d'être responsables de certains troubles gastriques : le paludisme, la tuberculose et la syphilis. Nous devons examiner si, jusqu'à ce jour, on est en droit de parler d'autre chose que d'hypothèses.

V. Raymond et L. Saliguat (de Vichy), ont incriminé récemment le paludisme comme facteur de certains troubles de l'estomac (*Revue de Médecine*, 10 dé-

cembre 1908, nº 12, p. 1051). Ces troubles sont marqués par une anorexie plus ou moins prononcée, par du ballonnement du ventre après les repas, par la lenteur de digestion, par des éructations, du pyrosis, des régurgitations acides, des vomissements le plus souvent alimentaires. Très souvent le tableau clinique rappelle celui de la sténose pylorique.

Malheureusement ce travail n'entraîne pas la conviction, et ne démontre pas que les troubles gastriques observés chez des paludéens relèvent du paludisme. Ces auteurs ont examiné des coloniaux et malgré leur soin à éliminer l'alcoolisme dans les observations qu'ils retiennent, rien ne prouve qu'ils ont éliminé toutes les autres causes provocatrices des troubles gastriques, alors que l'étiologie en reste encore si vague.

Depuis que nous avons eu connaissance de ce travail, nous avons examiné nos malades à ce point de vue, sans grand résultat.

Tribaudeau (de Sfax) a publié à la Société médicale de Tunis dix observations de chirurgie gastrique chez l'Arabe (1909. Bulletin nº 1, p. 46 et suiv.) Dans quatre d'entre elles, il parle de sténose tuberculeuse, sans donner d'autres raisons qu'une autre localisation tuberculeuse concomitante. Ici encore, il n'est pas prouvé qu'il n'y ait pas simplement coïncidence.

Enfin des recherches ont été entreprises à Sadiki, pour rechercher la part possible de la syphilis dans l'étiologie des troubles gastriques que présente l'Arabe. Les résultats n'ont encore abouti à rien de positif et nous ne pouvons insister.

PATHOGÉNIE

Les faits que nous rapportons rentrent, sans aucun doute, dans le cadre de l'ulcère de l'estomac. Sans aucun doute aussi, cette affection reconnaît comme étiologie principale, l'infection. Nul organe ne souffre, s'il n'est infecté, qu'il s'agisse du foie ou de l'intestin. Il est ici, comme ailleurs, des infections aiguës, connues sous le nom d'embarras gastrique fébrile et des infections chroniques. Nous avons signalé celles que l'on pourrait accuser chez l'Arabe, surtout le paludisme et la syphilis. Des recherches entreprises à ce sujet permettront peut-être un résultat positif. Que l'on ajoute à la théorie de l'infection, la théorie d'un suc gastrique hyperacide, celle de thrombose vasculaire, c'est compliquer le problème sans le résoudre. Il est des personnes, en apparence bien portantes, qui ont un suc hyperacide. Et comment expliquer une thrombose, sinon par l'infection? Que l'on ajoute le rôle des intoxications, c'est agrandir le problème, sans modifier son orientation : infection et intoxications sont identiques et l'infection n'est qu'un empoisonnement. Donc, l'ulcère

relève d'une inflammation de l'estomac. Reste à étudier pourquoi il y a infection, pourquoi cette infection a de tels effets. C'est à l'avenir de nous éclairer à ce sujet. Nous ne sommes pas plus avancés de ce côté que nous ne le sommes sur la pathogénie des cirrhoses. Cela n'a d'ailleurs que peu d'intérêt, à notre sens, en dehors du point de vue scientifique pur.

Pourquoi maintenant l'ulcère se localise-t-il de préférence au niveau du pylore? D'abord il n'est pas prouvé que l'ulcère soit plus fréquent ici qu'ailleurs. Il est très possible que l'ulcère se rencontre avec une égale fréquence en d'autres endroits, comme l'exulceratio simplex de Dieulafoy, mais qu'il y guérisse rapidement sans, le plus souvent, laisser de trace. Et l'on sait que l'ulcère des faces ou des courbures est le plus souvent indolent jusqu'au moment où étant devenu profond, il provoque une réaction péritonéale. Il n'est vraisemblablement ni ulcérations aiguës, ni ulcérations chroniques, le plus souvent. Il est probablement des ulcérations qui guérissent vite, d'autres lentement, d'autres jamais. Et, en définitive, la véritable question doit se poser ainsi : pourquoi les ulcérations développées au niveau du pylore ou dans son voisinage deviennent-elles chroniques et tendent-elles si peu à la guérison? Il suffit d'appliquer ici nos connaissances en pathologie générale. Immédiatement se présente à l'esprit la fissure anale, les ulcérations du col de la vessie. Et il est tout naturel de conclure au rôle des sphincters dans la désespérante lenteur des guérisons. Pourquoi un sphincter entraîne-t-il de pareilles consé-

quences ? Il est facile d'y répondre par des hypothèses rationnelles. Ce qu'il faut savoir, c'est qu'une ulcération développée au niveau d'un sphincter n'a pas de tendance à guérir spontanément ; qu'une ulcération développée au niveau d'un sphincter entraîne, par voie réflexe si on veut, une contracture de ce dernier; et il apparaît vraisemblable que c'est cette contracture qui empêche la guérison. Cela est vrai pour la fissure anale que guérit une simple dilatation; cela est vrai pour les ulcérations du col de la vessie que guérit une cystostomie; cela doit être vrai pour le pylore et dès 1893, Doyen pouvait s'écrier : le pylore, voilà l'ennemi.

Et quoi d'étonnant alors que le pylore irrité opposant la barrière de son sphincter aux contractions stomacales, entraîne tous les troubles que présentent de pareils malades ? Il n'y a pas encore là de sténose organique, mais, en fait, n'est-ce pas une sténose encore ? Et si on songe que l'ulcération ne guérira que si la contracture cède et que la contracture ne cédera que si l'ulcération guérit, devant ce cercle vicieux qui peut durer des années, n'est-on pas en droit de conclure que malgré l'absence de sténose organique, l'individu se cachectisera comme s'il en avait une. On doit donc, dans la sténose pylorique, distinguer la sténose par spasme et la sténose cicatricielle.

Sans doute dans la sténose par spasme, il n'y a pas un obstacle absolu et heureusement une partie des aliments passe encore. Même, si le vomissement ne se produit pas, tout le bol alimentaire passera; l'estomac, pour lutter, se contractant énergiquement. Mais au prix

de quelles souffrances ! Pendant ce temps, l'ulcération gagnera en profondeur, indurera les tissus voisins, retentira sur le péritoine et à la fin se constituera la vraie sténose, la sténose cicatricielle, ou plutôt une sténose mixte, à la fois cicatricielle et spasmosdique. C'est le propre de toute cicatrice d'être rétractile. Nous n'insistons pas. Mais à lutter sans cesse contre l'obstacle pylorique, la musculature gastrique, qui s'était d'abord hypertrophiée, finira par se lasser et se laisser forcer. On verra apparaître alors un nouveau symptôme : la dilatation gastrique. Plus ou moins précoce selon les malades, elle constitue un état grave, car du jour où elle survient, elle resserre pour ainsi dire la sténose. Apparaîtront alors tous les signes de stase. On peut imaginer aisément de quelles fermentations sera le siège, dans de telles conditions, un organe qui communique librement avec l'air extérieur. Ainsi sera constitué le vase clos, mais un vase mal clos, où, à chaque instant, pourront pénétrer tous les agents responsables des infections.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'anatomie pathologique de l'ulcère et de la sténose pylorique de l'Arabe, ne diffère en rien de celle fixée par les classiques. Telles sont les conclusions du Dr Broc qui dirige le laboratoire de l'hôpital Sadiki. Nous n'avons donc pas à insister. Notons seulement la fréquence extraordinaire des traînées blanchâtres à la surface de l'estomac, qui se présentent sous forme de longues bandes transversales et convergeant vers le pylore à la manière des baleines d'un parapluie. Elles indiquent une périgastrite. Au toucher, elles donnent parfois une sensation de dureté, surtout au niveau du pylore qui souvent paraît enserré par elle comme par un anneau.

L'estomac présente aussi des cicatrices déprimées en étoiles plus ou moins allongées.

Au niveau du pylore, on observe toujours un épaississement plus ou moins marqué des tuniques. Dans une observation existait une volumineuse tumeur inflammatoire (obs. I).

Parfois les cicatrices et les bandes blanchâtres dues

à la périgastrite couvrent l'estomac tout entier et, dans une observation, l'anastomose a dû porter en plein tissu sclérosé.

Enfin, on peut observer des adhérences avec tous les organes voisins. La plus fréquente est l'adhérence de la face postérieure de l'estomac avec le méso-côlon, qui est telle parfois que la rupture en est très laborieuse. Cependant, jusqu'à présent, la gastro-entérostomie a toujours pu être pratiquée sur la face postérieure.

ÉTUDE CLINIQUE

L'étude clinique de nos malades nous permet de diviser la sémiologie en deux périodes : l'une marquée surtout par les douleurs, l'autre où, aux douleurs, viennent s'ajouter des symptômes de sténose pylorique.

I. — PÉRIODE DOULOUREUSE

Cette première période plus ou moins longue, suivant les malades, allant de quelques mois à plusieurs années, est caractérisée surtout, nous venons de le dire, par les douleurs. Au second plan, se rencontrent deux symptômes de moins de valeur : les vomissements et l'hématémèse.

La douleur

C'est le premier symptôme, celui qui attire particulièrement l'attention du malade et qui le fait consulter quelque sorcier arabe. Nous verrons de quel secours

ce dernier, par les pointes de feu qu'il oppose au mal, a aidé singulièrement le Dr Broc dans la localisation des points douloureux.

Cette douleur offre plusieurs caractères qui nous permettent de la rapprocher des douleurs si bien étudiées de l'ulcère chronique de l'estomac.

Son moment. — Elle apparaît après les repas. Jamais immédiate, elle peut survenir dans la demi-heure qui suit. Il nous semble que ce serait même son premier caractère. Mais rapidement elle devient plus tardive et ne se produit que de deux à quatre heures après l'ingestion d'aliments.

Son intensité. — Elle peut affecter deux types différents :

Un premier type où le malade se plaint de lourdeurs, de digestions pénibles. Type assez rare.

Un deuxième type — commun — où la douleur, comme dans l'ulcère, est comparée à une brûlure, à une déchirure. Son acuité est d'ailleurs variable selon les malades. En général, elle est assez vive, et capable d'empêcher le sommeil dans la première partie de la nuit.

Parfois, elle peut être particulièrement intense. Elle passe souvent par deux périodes, l'une d'augmentation, l'autre de diminution. Son maximum s'accompagne dans beaucoup de cas, d'éructations, de renvois acides, de pyrosis. Certains malades accusent sa disparition ou tout au moins sa diminution à la suite d'ingestion d'un peu d'eau, et surtout d'aliments solides.

Son siège. — Le Dr Broc a pu faire à ce sujet des constatations curieuses, non seulement à l'aide de l'esthésiomètre de de J. Ch. Roux (douleurs objectives), mais encore à l'aide des traces de cautères que l'on rencontre chez tous ces malades, qui avant de venir à l'hôpital Sadiki, se sont d'abord fait soigner par quelque marabout. Or, il résulte de ces observations, que les premiers points douloureux, marqués par des traces indélébiles, sont situés le long et de chaque côté de l'aorte abdominale (points de Burkardt). Le point de J. Ch. Roux et de Mathieu (point épigastrique) — situé dans l'angle supérieur droit déterminé par deux lignes perpendiculaires, l'une s'étendant de l'appendice xyphoïde à l'ombilic et et l'autre réunissant les extrémités antérieures des 10e côtes — n'apparaît qu'après. Son apparition est marquée par une nouvelle application de cautère. Rappelons en passant que J. Ch. Roux a pu, par ses expériences, localiser la douleur, non à l'estomac, mais au plexus solaire.

Ses irradiations. — Il n'est pas rare de rencontrer chez l'Arabe l'irradiation dorsale décrite par Brinton sous le nom de douleur en broche. Les autres irradiations accusées par les malades sont moins nettes, varient trop d'un jour à l'autre, pour qu'on puisse en tenir compte. Cependant, dans la majorité des cas, les irradiations paraissent absentes. Il est vrai que nous nous trouvons en présence de malades, qui

peuvent mal s'analyser. Il faut tenir compte aussi de cet état d'esprit.

Son évolution. — Chez certains malades, cette douleur revient tous les jours à heure fixe. Chez d'autres, au contraire, elle semble disparaître pendant un temps plus ou moins long pour reparaître ensuite. Il s'agit alors vraisemblement d'une amélioration ou d'une guérison suivie de récidive.

Vomissements

Les vomissements, à cette période, se différencient de ceux que nous étudierons plus loin par leur inconstance. Ils manquent d'abord fréquemment et, quand ils surviennent, c'est à la suite d'un écart de régime qui entraîne un redoublement des douleurs. Très acides, ils laissent dans la bouche des malades une sensation de brûlure désagréable. Nous ne croyons pas devoir insister. Ils ne sont qu'un épi-phénomène.

Gastrorragie

Le vomissement abondant de sang rouge est exceptionnel. Le Dr Broc ne l'a rencontré que chez un malade. Plus fréquents paraissent l'hématémèse tardive que nos malades comparent souvent comme en France à du marc de café et le melæna. Nous les retrouvons huit fois dans les antécédents de nos opérés. Si on pouvait garder nos malades, à cette première période, examiner leurs vomissements et leurs selles, selon les

procédés en usage, il est vraisemblable que la proportion des petites hémorragies serait plus considérable. La grande hémorragie, au contraire, paraît vraiment exceptionnelle, car elle est suffisamment dramatique pour que le malade s'en souvienne.

En résumé, dans cette première période, le symptôme vraiment important, le seul qui retienne l'attention du malade est le symptôme douleur. Il nous apparaît tenir le plus souvent, en raison de son apparition tardive, à une lésion pré-pylorique ou pylorique et correspondre au moment où les aliments franchissent le sphincter. D'ailleurs l'évolution, vers la seconde période, montre bien la vraisemblance de cette hypothèse.

II. — PÉRIODE DE STÉNOSE PYLORIQUE

Nous renvoyons à la pathogénie pour la distinction entre les sténoses cicatricielles et les sténoses par contracture du sphincter. En clinique, les symptômes, qui montrent que la porte est condamnée, sont les mêmes et ce sont eux que nous allons étudier. Nous retrouvons ici la douleur. A elle viennent s'ajouter les vomissements et les signes décelés par l'examen du malade.

Douleurs

Elles ont rarement l'acuité des douleurs de la période précédente. Elles sont plutôt comparées à un poids : le malade sent que « ça ne passe pas ». Survenant

encore tardivement, plusieurs heures après le repas, elles ont deux caractères principaux, faciles à retrouver en général : leur intensité progressivement croissante et leur disparition à la suite d'un vomissement. Elles sont dues vraisemblablement au passage d'une partie du bol alimentaire à travers la sténose : les contractions violentes de l'estomac arrivent à forcer la contracture du sphincter, contracture réflexe qui se surajoute à toute sténose. La disparition du bol alimentaire en tout ou en partie, à la suite des vomissements, fait cesser cette violence de l'estomac contre le pylore et la douleur cède peu après.

Vomissements

Les vomissements gardent encore parfois leur caractère hyperacide. Mais surtout ils se signalent par leur quantité, leur qualité et le moment de leur production.

Ce sont des vomissements abondants et d'autant plus abondants qu'ils se produisent à intervalles plus éloignés. Le malade évalue leur quantité par litre ou par cuvette. C'est là un signe déjà d'une grande valeur diagnostique. Leur qualité est aussi importante : ce sont des vomissements alimentaires dans lesquels on peut retrouver les aliments ingérés, depuis le vomissement précédent. Ce signe est pathognomonique d'une rétention gastrique, quand on retrouve des aliments ingérés la veille ou l'avant-veille.

Egalement intéressant est le moment où ils surviennent : nous l'avons déjà dit, ils se produisent au moment où la douleur a atteint son maximum, et la font céder

presque immédiatement. Et c'est si vrai que beaucoup de nos malades instruits de l'amélioration que les vomissements procurent, usent de divers artifices pour les produire plus vite, soit en s'enfonçant un doigt dans la bouche (réflexe nauséeux), soit en avalant une certaine quantité d'eau.

L'odeur de ces vomissements est souvent très prononcée et parfois particulièrement fétide.

Nous retrouvons aussi des phénomènes observés à la période précédente : éructations, régurgitations acides. Ces symptômes sont beaucoup moins intéressants que les deux premiers, douleurs et vomissements et que ceux fournis par l'examen physique.

Signes physiques

L'inspection permet de constater :

La tension intermittente de l'épigastre décrite par Bouveret. Elle est connue, nous n'insistons pas ;

Les contractions péristaltiques dont les malades ont souvent une conscience très nette, comme nous l'a fait remarquer le Dr Broc. Et il n'est pas rare, d'observer chez nos malades arrivés à cette période, un indice caractéristique. A côté des cautères que nous avons signalés, on trouve des raies de feu transversales indiquant le sens des contractions et que les malades se sont fait appliquer, en raison des douleurs qu'elles leur font souffrir.

Ces ondulations péristaltiques se propagent de gauche à droite et sont très facilement visibles. Il suffit pour les faire naître de tapoter par petits coups secs la

paroi abdominable au niveau de la région épigastrique, de faire ingérer au malade un peu d'eau ou une poudre effervescente.

Les méthodes combinées permettent de constater :

l'état de stase ;

la dilatation de l'estomac.

Remarquons à nouveau que la sténose pylorique peut exister sans s'accompagner de stase. Il suffit que la sténose ne soit pas complète (et elle l'est rarement, ou du moins elle n'existe que peu de temps, car le malade ne tarde pas à succomber) et surtout que la musculature soit vigoureuse. Pour mettre cette stase en évidence, nous avons d'abord les vomissements. Ils suffisent à eux seuls, quand ils ont les caractères que nous leur avons décrits plus haut, à affirmer l'existence d'une sténose. Nous avons eusuite le cathétérisme de l'estomac. Nous usons à l'hôpital Sadiki du procédé du Pr Hartmann (Soc. de chir. 1907. *Bull. et Mém.* p. 167 et suivantes). Ce procédé permet à la fois de se renseigner sur la manière dont se vide l'estomac et sur son degré de dilatation. Voici la manière dont le Dr Brunswic-le-Bihan l'applique. Le soir, on fait, en guise de repas, manger au malade à examiner, un plat de carottes. Le lendemain, 14 heures après ce repas, on pratique le cathétérisme de l'estomac et on fait un lavage. Il suffit d'examiner l'eau de lavage à sa sortie et de constater si elle ressort claire ou chargée de détritus alimentaires faciles à reconnaître. Le lavage fini, il suffit de remplacer l'entonnoir par une soufflerie de thermo-cautère et d'insuffler l'estomac que l'on voit se dessiner très nettement

sur la paroi. Nous faisons donc manger le plat de carottes le soir à 8 heures et le lendemain matin à 10 heures nous pratiquons le cathétérisme. C'est simple, facile à pratiquer, et le procédé est excellent quand le résultat est positif.

Mais quand il est négatif, il perd beaucoup de sa valeur et c'est à ce point de vue, qu'à notre avis, il peut être critiqué. Voici un exemple que nous avons observé plusieurs fois. Un malade admis à la consultation se présente déclarant avoir de grands vomissements alimentaires. L'examen physique dénote des contractions péristaltiques. Soumis à l'épreuve du Pr Hartmann, il ne présente ni résidus alimentaires ni dilatation. Nous insistons sur l'absence de dilatation dans ce cas. Faut-il conclure qu'il n'a pas de sténose ? Si on veut entendre par sténose, un pylore bouché hermétiquement, il est incontestable que ce malade n'en est pas encore là. Mais si on entend par sténose un rétrécissement plus ou moins marqué du pylore. un manque de souplesse, notre malade qui a des vomissements et des contractions péristaltiques visibles, en est incontestablement atteint. Ces symptômes ne trompent pas.

Nous croyons donc que le procédé est en défaut et voici, à notre avis, quelles en sont les raisons. Le malade est vraiment porteur d'une sténose, mais d'une sténose encore franchissable, comme toutes les sténoses. S'il est vrai, comme l'a dit Guyon, qu'on pisse avec sa vessie, il est également vrai que ce sont les contractions de l'estomac qui font progresser le bol alimentaire à travers le pylore. Or cette espèce de

malades a encore une musculature suffisamment résistante pour tenir tête à l'obstacle, ruser avec lui et finir par le vaincre. Il ne suffit pas de dire qu'il y a sténose parce que l'estomac se vide incomplétement, il y a encore sténose quand l'estomac se vide trop lentement, même alors qu'il finit par se vider complètement. Dira-t-on qu'un malade n'a pas de rétrécissement de l'urèthre parce qu'il vide encore entièrement sa vessie. Et les vomissements s'expliquent. Lorsque le malade mange son régime habituel, il n'est plus dans les mêmes conditions que lorsqu'il mange notre plat de carottes. Et tandis que le premier peut, par son abondance ou par les piments qu'il contient, irriter son pylore et augmenter le spasme, le plat de carottes peut, par sa moindre abondance et son manque de condiments, constituer une sorte de régime capable de soulager l'estomac. Aussi, à notre avis, lorsque le procédé du Pr Hartmann, auquel nous restons fidèle à Sadiki, en raison de sa simplicité et de ses résultats, excellents le plus souvent, échoue, il faut le modifier et diminuer de moitié le délai entre l'ingestion du plat de carottes et le lavage d'estomac. Sans quoi on s'expose à passer à côté d'accidents réels, comme le montre l'examen clinique et causer, par l'abstention, la dilatation de l'estomac chez un tel malade.

Dilatation de l'estomac

Pour la mettre en évidence, nous usons à Sadiki du second temps du procédé du Pr Hartmann, que nous venons de décrire. Lorsque nous ne voulons pas faire

de lavage, nous nous contentons de faire prendre au malade un mélange de bicarbonate de soude et d'acide tartrique.

La dilatation de l'estomac, que nous rangeons avec les classiques dans la sémiologie de sténose pylorique, n'est pas en réalité un symptôme, mais une complication, et nous regrettons d'être obligé de nous en occuper. Nous tenons cependant à dire que si à Sadiki nous l'observons encore fréquemment, cela tient uniquement aux malades qui n'acceptent pas l'intervention, dès l'apparition des signes de sténose. Mais il n'en est pas partout de même, et il est trop de médecins qui attendent un estomac descendant presque jusqu'au pubis, pour l'adresser au chirurgien, sans doute pour que ce dernier ait plus de place où mettre son anastomose. Vraiment c'est être aussi fou que d'attendre la perception d'une tumeur pour faire opérer un cancer de l'estomac. Ah ! il est bien certain que le diagnostic ne fait plus de doute quand, à des litres de résidus alimentaires, s'ajoute un estomac assez dilaté pour les contenir. Mais il en est de l'estomac, comme il en est de la vessie. Attendre pour l'opérer qu'il ait perdu toute tonicité, c'est attendre pour opérer un prostatique que sa vessie soit arrivée à se laisser forcer. C'est enlever à l'acte chirurgical une partie des bienfaits dont il est capable.

Il faut donc rejeter absolument de la sémiologie des sténoses la dilatation de l'estomac. C'est une complication qui cède heureusement, dans bien des cas, à l'opération, mais jamais entièrement. Nous n'insistons pas sur les dimensions parfois extraordinaires que peut

atteindre l'organe : ses dimensions mesurent l'incurie du malade ou l'obstination du médecin.

Disons seulement pour finir qu'elle peut être plus ou moins précoce, s'opérer parfois avec rapidité. Les dilatations aiguës post-opératoires, ou se produisant au cours de certaines maladies infectieuses, permettent de supposer que dans ce cas on se trouve en présence d'accidents liés à l'infection dont cet organe est le siège.

Autres symptômes

Ils sont peu intéressants parce que bien connus, parce qu'inconstants et parce que n'aidant pas au diagnostic. Aussi, n'y insistons-nous pas. Le pyrosis, les régurgitations acides sont l'indice d'une hyperacidité du suc gastrique. La conservation de l'appétit, si intéressante en France pour le diagnostic entre ulcère et cancer, n'est pas de mise chez l'Arabe où le cancer de l'estomac, comme nous le verrons, n'existe pour ainsi dire pas. Disons seulement que si l'appétit de nos malades est conservé, ils en usent peu, dégoûtés qu'ils sont de réveiller leurs douleurs. La constipation, la diminution de la sécrétion urinaire, la sécheresse de la peau indiquent un état de dénutrition que confirme la présence des symptômes généraux : amaigrissement, faiblesse, pâleur de la peau et décoloration des muqueuses. Ce sont là des symptômes importants surtout au point de vue du pronostic.

Signalons encore les éructations et, dans certains cas, des vomissements offrant la caractéristique propre

au syndrôme de Reichmann. Il semble bien que dans certains cas tout au moins, ce syndrôme relève d'une lésion pylorique.

A côté de la rétention et de la dilatation gastrique, il faut faire une place au clapotage que l'on obtient chez un malade à jeun, en lui faisant avaler un demi-verre d'eau, puis en usant des procédés bien connus. Il est souvent caractéristique d'une hypotonie de la musculature gastrique. Le fait qu'on le rencontre chez des gens en apparence bien portants n'indique peut-être pas qu'il n'a pas grande valeur, mais que ces gens sont d'une moins bonne santé qu'on ne le croit.

Nous avons enfin fréquemment observé chez nos malades des battements aortiques au niveau du creux épigastrique. Nous nous contentons de les signaler.

Examen du suc gastrique

Le Dr Broc a bien voulu nous remettre une note à ce sujet.

L'examen du suc gastrique chez les malades de la première période (période d'ulcère), indique une hyperchlorydrie marquée.

L'examen du suc gastrique chez les malades atteints de sténose est conforme aux résultats qu'indique Soupault pour le liquide de stase non cancéreux.

Présence d'HCl libre
Chlorures minéraux abondants
Pas d'acide lactique
Amidon digéré
Acidité totale moyenne.

COMPLICATIONS

Nous n'avons jamais observé de tétanie gastrique. Si cette complication existe chez l'Arabe, elle doit être, comme en France du reste, exceptionnelle. Nous n'insistons pas sur le coma dyspeptique : nous l'avons observé une fois chez un malade, qui refusa l'intervention et préféra mourir.

Les autres complications tiennent, soit à l'ulcère, soit à la sténose, soit à la dénutrition qu'elle entraîne.

COMPLICATIONS TENANT A L'ULCÈRE

Grande hématémèse

Nous nous sommes expliqué à ce sujet en étudiant la sémiologie. Nous répétons que nous ne l'avons observée qu'une fois à Sadiki. Elle est exceptionnelle.

Dégénérescence cancéreuse

C'est une des complications les plus intéressantes, en raison du pronostic qu'elle doit faire réserver pour

l'avenir. Chez l'Arabe, elle n'est pas à craindre, parce que, chez l'Arabe, les tumeurs malignes, en dehors du sarcome, sont des raretés. Or, si l'on veut considérer la fréquence extraordinaire de la syphilis dans cette race, on est en droit de repousser l'opinion de ceux qui ont voulu mettre à l'origine du cancer, cette maladie. Par contre, la présence fréquente du sarcome chez l'Arabe, confirmerait la manière de voir du Pr P. Delbet, qui croit au rôle de la syphilis dans cette affection. Nous n'avons donc pas à tenir compte de la possibilité de la dégénérescence cancéreuse de nos ulcères. Dans la statistique opératoire de l'Hôpital Sadiki, nous relevons une seule laparotomie pour cancer de l'estomac. Le Dr Broc qui, depuis deux ans, assure la consultation externe et le service de l'isolement, n'a pas encore, soit cliniquement, soit sur la table d'autopsie, rencontré un seul cancer de l'estomac. Ou bien ces malades ne nous viennent pas, hypothèse inadmissible, ou le cancer de l'estomac n'existe pour ainsi pas chez eux.

COMPLICATIONS TENANT A LA STÉNOSE

Dilatation de l'estomac

Nous l'avons étudiée avec la sémiologie, pour nous conformer à l'usage. Mais nous devons répéter ici, que pour nous, cet état n'est pas un signe, mais une complication des sténoses, et une complication à éviter par l'intervention précoce.

Fermentations gastriques

Encore là, on se trouve en présence, non d'un symptôme, mais d'une complication, et comme nous l'avons déjà dit, nous croyons qu'elles peuvent être responsables de certaines dilatations de l'estomac, se développant rapidement. A elles aussi, de plus en plus, on tend à attribuer les accidents de tétanie et de coma dyspeptique et beaucoup d'autres, sans doute.

COMPLICATIONS TENANT A LA DÉNUTRITION

C'est l'atteinte portée à l'état général, le développement de la tuberculose, c'est l'appauvrissement de l'organisme, c'est enfin la mort. C'est au malade à voir s'il doit arriver à pareille déchéance.

Toutes ces complications, sont communes à toutes les races. Nous n'avons pas à y insister.

DIAGNOSTIC

On doit envisager des hypothèses successives.

Y a-t-il sténose ?

Si on se base sur les symptômes cardinaux, le vomissement et les contractions péristaltiques, si en plus on recherche l'existence de la stase, il n'est guère possible de confondre les sténoses avec autre chose. Cependant, il faut faire une place à part à la sténose hystérique, dont nous avons observé un très beau cas avec notre père, le Dr Ledrain, et où le diagnostic fut d'abord hésitant. La notion des antécédents, les autres stigmates, parmi lesquels nous notons surtout les troubles de la sensibilité, aideront à reconnaître la névrose. Nous savons que Babinski affirme que les troubles de la sensibilité ne sont pas spontanés, mais provoqués par l'examen. Peu importe, puisque selon l'ancienne doctrine ou selon la nouvelle, ces troubles, qu'on les découvre ou qu'on les provoque, sont indices de l'hystérie.

Que la question de pathogénie soit intéressante à d'autres points de vue, nous n'en doutons pas. Mais en pratique, elle reste indifférente et constater chez un malade des troubles de la sensibilité, c'est déjà un excellent signe. Chez le malade dont nous venons de parler, si tous les aliments étaient rejetés, ils ne l'étaient pas toujours au même moment: tantôt rapidement, tantôt longtemps après le repas. De plus, un essai de gavage avec du lait avait été parfaitement supporté.

La sténose a-t-elle son siège au pylore ?

On peut confondre une sténose pylorique avec une sténose médio-gastrique (estomac biloculaire) ou une sténose duodénale. Pour faire le diagnostic, on se basera surtout sur l'époque d'apparitions des vomissements et des douleurs, plus précoce dans l'estomac biloculaire, plus tardive dans la sténose duodénale. La constatation d'un ictère, la fréquence de troubles pulmonaires réflexes au moment des crises, l'abondance du melæna feront penser à cette dernière. Mais une règle fondamentale doit guider le chirurgien : c'est une fois le ventre ouvert, de toujours vérifier son diagnostic. Ce point est d'une importance capitale pour l'estomac biloculaire et on comprendra l'inutilité de l'anastomose la mieux faite si on la faisait porter sur la poche inférieure. Une erreur de clinique est excusable une erreur opératoire ne le serait plus depuis que les chirurgiens ont attiré l'attention sur sa possibilité.

Quelle est la nature de la sténose ?

Nous n'insistons pas sur la sténose due à un calcul biliaire ou à la compression d'un lobule aberrant du pancréas. Les médecins qui se permettent des trouvailles d'autopsie doivent pardonner au chirurgien ses trouvailles opératoires. Le véritable diagnostic, souvent facile, parfois impossible, consiste à distinguer les sténoses cicatricielles des sténoses cancéreuses. Il est fait dans tous les traités et il ne nous intéresse pas chez l'Arabe où l'absence de cancer permet d'éliminer les sténoses malignes.

La sténose est au pylore. — La sténose est consécutive à un ulcère. — La sténose est-elle spasmodique ou cicatricielle ?

Ce diagnostic est intéressant pour ceux qui, comme nous, croient que le traitement doit différer selon que l'on se trouve en présence de l'une ou de l'autre. Il peut ordinairement se faire au lit du malade, en tenant compte surtout de la marche de la maladie. Une sténose apparue brusquement, peu de temps après le début de l'affection gastrique, s'accompagnant de vives douleurs, de renvois acides, d'hyperacidité du suc gastrique, est vraisemblablement d'origine spasmodique. Par contre, une sténose développée lentement chez un malade dyspeptique depuis de longues années, qui présente des douleurs relevant uniquement de la distension de l'estomac et ne cédant qu'au vomissement, sténose

marquée par des vomissements alimentaires abondants, sans hyperacidicité marquée, cette sténose est vraisemblablement d'origine cicatricielle. Le ventre ouvert, on pensera à la première si le pylore apparaît normal, à la seconde s'il existe des traînées blanchâtres, des adhérences et à plus forte raison des cicatrices.

Quel est le degré de la sténose?

Diagnostic qui intéresse les médecins soucieux de leur responsabilité et désireux de n'envoyer au chirurgien qu'une sténose bien serrée, à travers laquelle rien ne passe plus. Diagnostic moins intéressant pour le malade qui paie de ses forces et parfois de sa vie un tel besoin de certitude.

TRAITEMENT

Nous n'avons pas à nous occuper ici du traitement de l'ulcère, mais seulement de la sténose qu'il entraîne. Mais parce qu'il y a sténose, l'ulcère n'est pas forcément guéri : et chez un tel malade on peut être amené à discuter le traitement de certains symptômes qui relèvent de l'ulcère, tels que l'hémorragie par exemple.

Ce traitement peut être médical ou chirurgical. Nous ne nions pas que le premier puisse avoir une action utile, bienfaisante et souvent curatrice dans la sténose pylorique spasmodique. Tout le monde est d'accord par contre pour lui refuser toute valeur dans les sténoses cicatricielles. Le malade peut encore l'imposer au médecin : le médecin ne saurait plus l'imposer au malade. Les lavages d'estomac, qui ne sont qu'un vomissement artificiel, dans ce cas, ont sans doute l'utilité de diminuer la fermentation gastrique. Mais ils sont impuissants à rouvrir la porte condamnée. On a, ces dernières années, attribué aux injections sous-cutanées de thiosinamine et de fibrolysine la propriété de faire fondre les tissus cicatriciels. Jusqu'à ce que ces substances ou

d'autres à trouver aient fait leur preuve, on peut affirmer que les sténoses cicatricielles relèvent uniquement du traitement chirurgical. De même dans les sténoses spasmodiques, lorsqu'un traitement médical loyalement essayé a échoué, la chirurgie doit lui succéder. Dans l'un et l'autre cas, il lui appartient de rouvrir la porte ou d'en créer une autre. Nous n'insisterons pas sur les pyloroplasties. Elles semblent de plus en plus oubliées en faveur de la gastro-entérostomie.

C'est jusqu'à présent la seule intervention pratiquée par M. le Dr Brunswic-le-Bihan. Pour des raisons particulières, que nous ne croyons pas inutiles de signaler, l'opération, sauf dans un cas, a été réservée aux sténoses uniquement cicatricielles s'accompagnant le plus souvent de dilatation gastrique. Ces cas ne manquant pas, on a choisi les plus favorables. Il faut en effet considérer dans quel milieu réfractaire le Dr Brunswic-le-Bihan est venu apporter l'œuvre bienfaisante de la chirurgie, la méfiance qui l'a accueilli, méfiance admirablement provoquée et entretenue par les prêtres musulmans et qui ne pouvait céder qu'à des guérisons. La confiance de plus en plus grande de l'Arabe dans notre médecine est là pour témoigner du résultat. Mais elle n'est pas encore absolue et un échec ou plutôt une série d'échecs viendrait vite stériliser ce bel enthousiasme. Or, et nous le verrons plus loin, la gastro-entérostomie, ordinairement bénigne comme suite immédiate, n'a pas toujours des suites éloignées aussi heureuses. Il fallait, pour lancer dans le monde arabe cette nouvelle opération, de bons résultats. Ce sont ses gué-

risons qui ont fait la réclame de l'hôpital Sadiki. Un mort encore se tait, mais un malade opéré et souffrant toujours, aurait été un désastre et de douar en douar ne se serait pas répandue la bonne nouvelle que le roumi (chrétien) possédait un remède nouveau, dans son couteau, pour ceux qui digèrent mal ou qui ne digèrent plus.

Il n'est pas douteux, en effet, que la gastro-entérostomie donne ses plus beaux résultats dans les sténoses. C'est donc à ces cas que l'on devait s'adresser tout d'abord, quitte, lorsque l'opération aurait conquis l'estime désormais acquise à la cure radicale des hernies, par exemple, à étendre ses indications. Sans doute, ici comme ailleurs, ces considérations ne sauraient tenir dans les indications des interventions d'urgence. On ne refusera jamais à une plaie pénétrante de l'abdomen les espoirs, si légers soient-ils, que peut donner une opération. Mais nous pensons comme notre maître Monprofit et nous souscrivons entièrement aux belles paroles qu'il prononça lors de l'ouverture du XIX^e^ Congrès de chirurgie française, lorsqu'il disait qu'il est des aventures dans lesquelles la chirurgie ne doit pas se compromettre, et qu'une opération malheureuse, parce que désespérée, étend ses désastres autour d'elle et fait mourir des malades qui, sans elle, seraient venus à la chirurgie et auraient pu guérir. Cela est vrai partout, mais cela est vrai surtout dans les pays neufs où on n'établit aucune différence entre l'ablation d'une loupe et celle d'un utérus cancéreux. C'est dans le temps qu'il faut espérer pour arriver

à convaincre que la chirurgie, dans certaines circonstances, a droit à des échecs.

Décrivons tout d'abord la technique de notre Maître. Sauf dans la première observation, la technique a été celle du procédé de Von Hacker. Nous insisterons surtout sur les points les plus intéressants.

Soins pré-opératoires.

En dehors des soins donnés à tous nos malades la veille de l'intervention, les « estomacs » ne sont soumis qu'à une précaution particulière. Le matin de l'intervention, on leur fait un lavage. Le Dr Brunswic-le-Bihan voit à ce lavage deux avantages :

1°) la possibilité de débarrasser l'estomac de son contenu et de pouvoir opérer sans craindre l'issue des matières qu'il contient après qu'on l'a incisé. Nous verrons en effet qu'il n'applique pas de pince à coprostase sur l'estomac.

2°) en cas d'accident post-opératoire (circulus vitiosus), la facilité beaucoup plus grande du lavage chez un malade déjà habitué à cette manœuvre.

Le premier avantage n'est pas absolument démontré, et soit que lavage ait été mal fait, soit pour toute autre raison, on n'arrive pas toujours à débarrasser l'estomac de tout son contenu. C'est donc là une sécurité trompeuse et le Dr Brunswic-le-Bihan reconnaît qu'une pince à coprostase serait une barrière beaucoup plus certaine, qu'il n'hésiterait pas à employer, si à la suite d'un accident, il se produisait une infection.

La seconde raison est beaucoup plus intéressante. Monprofit, qui ne voit au lavage que des inconvénients, peut en effet le rejeter, le procédé en Y qu'il emploie en le mettant à l'abri du circulus vitiosus, le dispensant de cette préoccupation post-opératoire et la pince à coprostase qu'il applique sur l'estomac, lui donnant toute sécurité au point de vue de l'issue du contenu stomacal. Il peut lui reprocher de n'être qu'une fatigue, inutile et par conséquent nuisible, et de plus d'être parfois dangereux, au point de vue du retour des hémorragies ou de la production d'une perforation. Mais pour ceux qui font l'anastomose latérale, le circulus vitiosus est toujours à prévoir, et il semble bien que dans ce cas le lavage a souvent une utilité incontestable. Il n'est pas à dédaigner de se trouver alors en face d'un malade déjà habitué au procédé et qui en sera d'autant moins fatigué. D'ailleurs le Dr Brunswic-le-Bihan n'est pas intransigeant, et devant un malade moribond où seul l'indispensable doit être fait, il n'hésiterait pas à s'en passer.

Instruments

Les instruments nécessaires sont :

1 bistouri ;

1 paire de ciseaux forts ;

1 paire de ciseaux fins ;

2 pinces à disséquer ;

2 pinces à coprostase (système Doyen ou Hartmann) ;

6 pinces hémostatiques de Kocher ;

6 pinces hémostatiques de Péan;

4 pinces à griffe de Chaput;

1 aiguille à suture de Doyen;

6 aiguilles de couturière armées de fil de lin;

6 aiguilles courbes armées de fil de lin.

Le Dr Brunswic-le-Bihan a en plus un instrument commode qu'il a imaginé. Il consiste en une petite tige d'acier longue de 4 centimètres, montée sur un manche à bistouri. L'ensemble forme un T. Il sert, au moment d'inciser l'estomac et l'intestin, à délimiter la longueur des deux incisions. Il suffit de le chauffer dans la flamme d'une lampe à alcool, puis, de l'appliquer sur les séreuses où il laisse une trace blanchâtre. La seule précaution à prendre est de marquer les deux empreintes bien en face l'une de l'autre.

Tous les instruments, sauf le bistouri, sont stérilisés à l'étuve sèche de Poupinel. Pour les bistouris que la chaleur émousse trop vite, on les aseptise en les plongeant, deux heures avant l'intervention, dans un récipient rempli de chloroforme. Des expériences que nous avons entreprises à ce sujet, confirment la parfaite stérilisation que donne ce procédé, dont nous avait déjà convaincu la longue expérience du Dr Brunswic-le-Bihan. Nous avons pris un certain nombre de bouts de fil de platine, que nous avons trempés dans du pus provenant d'un furoncle. De ces bouts de platine, nous avons fait trois parts après les avoir laissé sécher. La première a été ensemencée directement, la seconde et la troisième ont été ensemencées après avoir été soumises une heure et deux heures à des vapeurs de chloroforme. Les premiers

tubes ont donné une culture abondante à l'étuve. Les seconds présentaient un trouble manifeste. Les troisièmes sont restés parfaitement limpides. Un réensemencement fait avec ces derniers n'a donné aucune culture.

Le seul avantage, énorme, est d'avoir par ce procédé des bistouris qui coupent. Il suffit seulement de les confier de temps en temps à un repasseur. L'opérateur les prend dans le chloroforme avec une pince à disséquer et les essuie avec une compresse, ou attend un moment que le chloroforme se soit évaporé.

Au cours de l'intervention, la pince à disséquer et la paire de ciseaux fins qui auront servi à ouvrir l'estomac et l'intestin devront être mises de côté aussitôt, ainsi que les pinces de Chaput qui auront été souillées.

Une autre modification, récemment introduite par le Dr Brunswic-le-Bihan, et que nous croyons très importante, consiste à stériliser, dans une petite boîte à part, les instruments nécessaires à la réfection de la paroi. En ne l'ouvrant qu'au moment de s'en servir, on évitera le contact de ces instruments avec l'air et avec d'autres instruments qui auraient pu être contaminés au cours de l'intervention. Le Dr Brunswic-le-Bihan espère ainsi supprimer complètement les suppurations pariétales, lesquelles, quoique rares, s'observent parfois.

Le chirurgien et ses aides

C'est la seule intervention, en dehors de celles qui nécessitent un aide spécial pour le maintien de valves

ou d'écarteurs, où notre Maître se fasse assister de deux aides. L'aide principal se place en face de lui, l'autre à sa gauche ; le rôle de ce dernier consiste à tendre l'extrémité initiale du premier surjet pendant sa confection, à l'aide d'une pince de Péan qu'il enlèvera lui-même avant de se retirer. La place qu'occupait sa main sera immédiatement recouverte d'un champ opératoire. Son utilité n'est pas indispensable, mais elle est incontestable et facilite beaucoup ce premier temps. Et comme il se tient à distance, qu'il ne touche qu'à une pince qu'il fera disparaître avant de partir, il n'offre vraiment aucune chance de contamination de plus. Aussi après un lavage sommaire des mains, revêt-il une paire de gants de caoutchouc stérilisés.

Le chirurgien et l'autre aide se lavent les mains pendant 20 minutes. Un sablier placé en face d'eux leur indique la durée du lavage. De hauts tabourets avec petits bancs pour les pieds leur permettent de le faire assis et sans aucune fatigue. Après ce brossage, les mains et les avant-bras sont longuement immergés dans le permanganate de potasse et le bisulfite, l'alcool et le sublimé. Pour diminuer encore, autant que faire se peut, les chances de contamination, les extrémités des doigts sont plongées dans la teinture d'iode, puis à nouveau dans le bisulfite de soude qui enlève cette dernière. Les mains et les avant-bras sont alors soigneusement essuyés avec des compresses stériles et recouverts de longs gants defil qui remontent jusqu'aux coudes. L'opérateur quittera les siens avant d'ouvrir l'estomac et l'intestin, pour en prendre une nouvelle

paire une fois le surjet total entièrement terminé. L'aide devra veiller à ne pas souiller les siens, et s'il ne peut l'empêcher, il devra aussitôt les changer.

Préparation du malade

Le lavage de la région se fera avec les mêmes précautions que le lavage des mains, et pendant une durée égale. Depuis les travaux récents publiés sur l'asepsie du champ opératoire par la teinture d'iode, nous avons à Sadiki expérimenté largement ce procédé dans tous les services et les résultats qu'il nous a donnés l'ont fait entrer dans la pratique courante. Personnellement, ayant à pratiquer une laparatomie pour plaie pénétrante et craignant de voir un lavage diffuser les liquides possibles, nous nous sommes contenté d'un large badigeonnage à la teinture d'iode. Le couteau n'avait lésé aucun organe. Nous avons refermé l'abdomen après avoir pratiqué une éviscération de tout l'intestin. Notre malade a guéri parfaitement. Dans la pratique courante, cependant, on s'en tient à l'ancienne méthode, à laquelle on ajoute un dégraissage à l'éther et un badigeonnage à la teinture d'iode. Pour les chirurgiens qui ont l'habitude de tracer leur ligne d'incision, il est un procédé très simple. Il suffit de tremper un porte-coton stérilisé dans une solution de bisulfite de soude qui décolore la teinture d'iode. Une ligne blanche ou jaune clair indiquera la voie au bistouri.

Anesthésie

En dehors des interventions de courte durée où le chlorure d'éthyle est suffisant, toutes les anesthésies

sont pratiquées au chloroforme administré à la compresse. Jamais la syncope de début n'a été observée à l'hôpital Sadiki. Nous n'avons observé qu'une seule mort due à la pénétration de sang dans la trachée au cours d'une rhinoplastie. Les alertes au cours de l'anesthésie relèvent pour ainsi dire toujours ou de l'ignorance ou de l'inattention du chloroformisateur.

Chez un malade cachectique, nous n'hésiterions pas à avoir recours à la méthode récemment préconisée par Klapp, qui consiste à ligaturer la racine des membres par des liens de caoutchouc. On tient ainsi une quantité de sang en réserve. Nous l'avons expérimentée pour notre part dans deux amputations, l'une de cuisse, et l'autre de jambe, chez des sujets très affaiblis et nous avons été étonné, bien que prévenu, de la rapidité du réveil, de la quantité minime de chloroforme employé.

Enfin, dans certains cas, on pourrait se contenter d'une anesthésie locale. Nous avons vu notre maître Monprofit opérer des malades dans ces conditions. En dehors de la douleur causée par l'incision de la peau, le reste de l'opération paraît supportable et les malades ne se plaignent guère que lors des tractions opérées sur les viscères. C'est là une ressource précieuse, lorsque le malade est si faible qu'un rien peut suffire à l'achever.

Technique opératoire proprement dite

L'incision porte entre l'appendice xyphoïde et l'ombilic. Elle intéresse la peau et l'aponévrose. Le péritoine est ouvert avec les précautions habituelles. Après avoir

reconnu l'estomac, exploré le pylore et rompu les adhérences, s'il en existe, le côlon transverse est attiré avec l'épiploon et rejeté en haut sur une compresse imbibée de sérum physiologique chaud. Le mésocôlon est incisé dans une portion avasculaire et la face postérieure de l'estomac est reconnue et attirée. L'endroit de l'anastomose est reconnu près du pylore. Deux pinces de Chaput en fixent les futures extrémités. Pour trouver l'anse intestinale, on va reconnaître, à gauche de la colonne vertébrale, la cavité qu'elle forme avec le mésocôlon. L'anse que l'on trouve là est le début du jéjunum. On la reconnaît à la fixité de son bout supérieur. Cette manœuvre peut se faire les yeux fermés : il est rare qu'on se trompe et qu'on amène une autre anse. Il suffit, après avoir reconnu l'anse, de la laisser filer entre les deux mains pour reconnaître l'endroit propre à l'anastomose qui doit se trouver à environ 40 centimètres de l'origine du jéjunum.

Après avoir protégé tout le champ opératoire par des compresses stérilisées imbibées de sérum physiologique, on rapproche les deux surfaces à anastomoser. L'anastomose porte sur le bord libre de l'intestin ; sur l'estomac elle est dirigée très obliquement de la petite vers la grande courbure et du cardia vers le pylore. Dans un premier temps on fixe par des points séparés l'intestin à l'estomac (3 à 4), de façon à avoir des points de repère pour obtenir un premier surjet parfaitement rectiligne. Un autre procédé que nous avons vu employer à Monprofit consiste à tracer l'anastomose en incisant au bistouri, dès le début, le péritoine et la mus-

culeuse. Pour bien diriger l'intestin, il est nécessaire de bien reconnaître le changement de direction que l'on a imprimé à l'estomac en le renversant en haut et de bien savoir de quel côté se trouve sur l'intestin le bout supérieur.

L'anastomose est pratiquée à l'aide d'un surjet séro-musculaire postérieur, puis les cavités étant ouvertes, les tranches stomacale et intestinale sont réunies par un surjet total qui en fait le tour. Un dernier surjet séro-musculaire antérieur est mené : ses deux extrémités sont solidarisées avec les extrémités du surjet séro-musculaire postérieur. Les surjets sont faits à l'aide d'une aiguille de couturière armée de fil de lin. On arrête le fil tous les quatre points.

Les points importants de cette anastomose sont :

La nécessité de fixer l'intestin à l'estomac sur une assez longue surface, environ 8 cm. ;

L'emplacement de la bouche dont le milieu doit correspondre au milieu du surjet postérieur de façon à ce que l'anse intestinale soit soutenue en amont et en aval ;

La nécessité impérieuse de bien protéger tout le champ opératoire avant l'ouverture des viscères. En plus des compresses répandues à profusion, on doit glisser sous le premier surjet qui réunit la surface séreuse à l'estomac et à l'intestin une compresse protectrice. « La chirurgie, aimait à dire Monprofit, n'est qu'une question de lingerie. » Ainsi on pourra sans inquiétude voir s'écouler du liquide septique. Il suffira, l'anastomose terminée et avant de commencer le surjet

séro-séreux antérieur, de rejeter toutes les compresses souillées ;

Un essuyage soigné avec des compresses imbibées de sérum, des surfaces avoisinant l'anastomose avant de rentrer les organes dans l'abdomen.

Avant de terminer, on fera bien de fixer à l'estomac la brèche du méso-côlon par deux points de catgut ou de fil de lin.

La suture de la paroi est faite en un plan à l'aide de fils de bronze d'aluminium. Quelques crins de Florence ou des agrafes de Michel parfont la suture de la peau.

Choix des procédés

Sauf dans le premier cas opéré par Sorel de Dijon, l'anastomose a toujours été faite postérieure par rapport à l'estomac, et latérale par rapport à l'intestin. Nous n'avons pas à discuter ici la valeur des divers procédés, puisque nous nous contentons d'apporter des faits. Il faut d'abord dire que l'on fait comme on peut. Et si jusqu'à ce jour les adhérences ou les cicatrices trouvées à l'opération ont permis l'anastomose postérieure, il est possible que demain elles obligent à reporter l'abouchement sur la face antérieure de l'estomac. Le procédé de Von Hacker, sauf dans un cas où, comme nous le verrons, se produisit un circulus vitiosus, sans qu'on puisse s'en prendre à une erreur de technique, a toujours donné d'excellents résultats. Mais si une plus longue expérience démontrait que malgré tous les soins apportés à l'anastomose, ce circulus vitiosus se répète, il faudrait, malgré sa facilité, abandonner

ce procédé et recourir à un autre, tel que l'anastomose en Y, par exemple.

Quant à la supériorité des anastomoses faites avec des surjets sur les anastomoses établies à l'aide des boutons, elles sont incontestables lorsque rien ne force d'aller vite. Tous les boutons ont à leur actif trop de péritonites, trop d'obstructions intestinales et surtout trop de rétrécissements consécutifs de l'anastomose pour être préférés. Et il n'est même pas prouvé qu'un bouton permette de gagner un temps tellement considérable qu'il doive être si utile au malade, en dehors des conditions exceptionnelles, où il vaudrait peut-être mieux s'abstenir.

Suites opératoires.

Elles sont des plus simples lorsqu'aucune complication ne vient les troubler. On ne tient plus compte d'une alimentation spéciale, à Sadiki, et dès le deuxième ou le troisième jour, le malade est admis à manger ce qu'il désire. On ne lui impose qu'une certaine modération. Il en est de même pour le séjour au lit qui doit être aussi bref que possible. Il est excellent chez les tousseurs de les asseoir dès le lendemain ou le surlendemain de l'opération dans un fauteuil pendant quelques heures.

Chez les malades fatigués, on peut user de sérum artificiel dans les premiers jours ou leur ordonner une potion de Todd qui, chez nos malades, non alcooliques pour la plupart, est un précieux stimulant.

Complications post-opératoires.

Mais parfois les suites ne sont pas aussi favorables et le malade se trouve exposé à diverses complications.

Shock opératoire.

L'indice très souvent d'une infection, rarement il s'agit d'un véritable shock. On luttera contre lui en réchauffant le malade, en lui faisant des injections d'huile camphrée, de sulfate de strychnine, de sérum artificiel simple ou caféiné (1 gr. p. 500), par l'administration de café et d'alcool. Un moyen qui nous a donné d'excellents résultats et que nous avons appris du Dr Thibault (d'Angers), alors que nous avions l'honneur d'être son interne, consiste à pratiquer toutes les deux ou trois heures une injection de dix centigrammes de caféine.

Péritonite

Relève soit d'une faute d'asepsie au cours de l'intervention, et de telles fautes sont faciles au cours de la gastro-entérostomie si on ne fait attention, soit d'une mauvaise suture. Nous n'avons jamais observé cette complication à Sadiki. Il semble donc qu'elle puisse être évitée par certaines précautions. Elle n'en reste pas moins comme la complication la plus grave à prévoir et toujours possible en pratique.

Suppurations pariétales

Observées dans deux de nos observations, elles aussi devraient être complètement évitées. La pratique ici

encore montre que malgré toutes les précautions, elles sont un accident à signaler et qui n'entraîne en rien la responsabilité du chirurgien. Nous ne connaissons pas encore tous les éléments de la question. La notion d'un traumatisme est bien connue en pathologie générale dans la pathogénie de certaines localisations infectieuses. Pourquoi le traumatisme opératoire ne déterminerait-il pas, dans certains cas, la fixation d'une auto-infection latente ? Sans doute, il est plus simple de l'expliquer par une faute d'asepsie. Cela ne veut pas dire que la première raison soit fausse et tant qu'elle ne sera pas démontrée comme telle, le chirurgien aura le droit d'y recourir pour expliquer des infections obtenues dans des conditions qui, d'habitude, aboutissent à une cicatrisation par première intention.

Hémorragies

Il faut distinguer deux espèces d'hémorragies possibles :

1°) l'une tenant à l'oblitération imparfaite d'un vaisseau ouvert par l'incision de l'estomac ou de l'intestin : malgré toute la sécurité que donne le surjet total au point de vue de l'hémostase, il est bon de pincer les artérioles qui saignent en jet et de les lier au fil de lin. Précaution qui allonge peu la durée de l'opération. Grâce à cette technique, les hémorragies post-opératoires n'ont jamais été observées.

2°) Les hémorragies tenant à l'ulcère qui a motivé l'opération : nous nous en occuperons plus loin.

Circulus vitiosus

Cette complication sur la pathogénie de laquelle nous sommes mal fixés, est toujours le gros point noir des anastomoses latérales. C'est elle qui a fait rejeter ce procédé à certains chirurgiens. Elle a été observée deux fois dans nos observations. Nous n'insistons pas sur la première due à un défaut de technique. L'anastomose avait porté trop bas sur l'intestin grêle et l'adhérence de l'intestin à l'estomac avait été trop parcimonieusement mesurée. Il n'en est pas de même dans le second cas où l'opération avait été conduite avec la technique telle que nous l'avons exposée. Les vomissements attribués d'abord au chloroforme ne cédant pas et ne renfermant que de la bile, on pensa à un circulus vitiosus et le malade fut opéré à nouveau 48 heures après la première intervention. L'examen de l'anastomose la montra parfaite, perméable. L'anse afférente ne parut pas distendue. On ne découvrit aucune coudure. On pratiqua quand même une anastomose complémentaire entre l'anse afférente et l'anse efférente. Le malade n'en continua pas moins à vomir et mourut le 6e jour. L'autopsie ne put malheureusement être faite. Nous ne voyons aucune explication à ce cas. Sans doute, au cours de la deuxième intervention, il fallut relever l'estomac pour examiner l'anastomose. Cette manœuvre a-t-elle réduit une coudure qui s'est reproduite dès que les organes furent remis à leur place ? Nous ne savons pas. Mais pourquoi l'anastomose complémentaire n'a-t-elle pas fonctionné ? Rappelons

encore que cet accident se produisit chez le seul malade qu'on ait opéré pour des phénomènes douloureux, sans sténose. Le lavage d'estomac ne fut pas essayé. Peut-être aurait-il donné un bon résultat, comme dans un cas opéré peu après et qui ne rentre pas dans notre sujet. Il s'agissait d'un cancer du pylore chez un Européen. La gastro-entérostomie fut suivie des mêmes vomissements qui cédèrent à un simple lavage.

C'est, en somme, une complication redoutable que le circulus vitiosus et s'il se répétait plusieurs fois alors que l'anastomose est conduite selon les indications posées par les classiques, nous n'hésiterions pas à rejeter à tout jamais ce procédé. On a trop l'impression navrante que le malade meurt de l'opération et d'une opération qui paraît cependant avoir été très régulièrement menée. Alors qu'on ne sait pas à quoi attribuer le désastre, n'est-on pas en droit d'hésiter à se lancer dans une aventure semblable jusqu'au jour où une pathogénie satisfaisante aura été proposée ?

Complications pulmonaires

Elles ont été observées dans cinq cas, dont un (obs. I) a donné lieu à de sérieuses inquiétudes. D'après l'observation, on s'est trouvé en face d'une pneumonie avec phénomènes adynamiques. Nous avons pu en observer plusieurs cas qui se sont ajoutés à ceux que nous avions observés à Angers dans le service du Dr Monprofit. Le tableau clinique est le plus souvent celui d'une congestion pulmonaire avec symptômes rappelant ceux d'une

pleurésie avec épanchement. A ce point que les premières fois, c'est ce diagnostic que nous avions d'abord posé. Mais une ponction exploratrice négative ou l'apparition des frottements nous avaient montré que la lésion était pulmonaire. Cependant elle peut se compliquer d'une irritation pleurale qui se manifeste, nous venons de le dire, par des frottements, ou encore par un épanchement séro-fibrineux.

A quoi sont dus ces accidents qu'on ne rencontre avec la même fréquence dans aucune autre intervention en dehors des hernies étranglées ? Nous avouons que les diverses pathogénies que nous avons vu proposer ne nous satisfont pas. Il est possible qu'elles expliquent certains cas. Nous ne croyons pas qu'elles les expliquent tous. Le chloroforme (ou l'éther), la congestion hypostatique dont la crainte a conduit Monprofit à lever ses opérés de gastro-entérostomie le plus tôt possible, sont impuissants à expliquer la prédilection de cette complication pour les interventions sur l'estomac. Nous croyons que la raison est ailleurs. Peut-être a-t-elle déjà été proposée. C'est probable même. Elle ne paraît en tout cas pas avoir été acceptée comme vraie.

Nous devons d'abord faire remarquer que ces accidents compliquent la gastro-entérostomie en raison de la complexité de sa technique. Les complications pulmonaires nous ont paru beaucoup plus fréquentes dans le service de Monprofit qui emploie le procédé en Y que dans le service du Dr Brunswic-le-Bihan. Et chez Monprofit elles nous ont paru beaucoup plus fréquentes

lorsqu'à la gastro-entérostomie on avait ajouté la pylorectomie. Il est possible aussi qu'on doive expliquer cette différence de fréquence par la différence des affections qui ici et là ont conduit à l'intervention. Une statistique récente de Von Eiselberg semble, en effet, montrer qu'elles sont plus fréquentes chez les cancéreux que chez les ulcéreux.

Quand on veut comparer ce cas aux cas analogues observés dans le service de chirurgie, quand on veut embrasser dans un ensemble toutes les complications pulmonaires que l'on observe, on est frappé par les transitions qui les relient toutes les unes aux autres. Et on peut établir la division suivante :

1°) Accidents immédiatement mortels, qui sont le fait d'une grosse embolie ;

2°) Accidents mortels encore, mais qui durent de quelques heures à quelques jours (embolies moyennes) et qui s'accompagnent de signes de congestion pulmonaire ;

3°) Accidents plus ou moins graves rattachés à une broncho-pneumonie, à une congestion pulmonaire ou à une pleuro-congestion, mais dont le début brutal, surprenant en bonne santé, par un point de côté, rappelle les accidents pulmonaires observés au cours de certaines phlébites puerpérales ou chez des malades atteints de rétrécissement mitral. On n'hésite pas, dans ces cas encore, à parler d'embolie (petite embolie) ;

4°) Accidents analogues aux précédents et n'en différant que par l'absence du début brutal. En dehors de lui, le tableau est absolument semblable. Nous croyons

que dans ces cas les plus fréquents, on est en droit de songer à un phénomène analogue. Le début insidieux ne tient qu'à la grosseur de l'embolie qui, dans ces cas, est infime, vraisemblablement. Disons qu'on se trouve alors en présence d'embolies microscopiques.

Or, nulle opération n'est plus propice à réaliser cette condition de septicité que la gastro-entérostomie. N'ouvre-t-on pas, en effet, deux muqueuses dont les tranches de section, qui saignent, vont baigner dans les liquides issus de l'estomac et de l'intestin et s'hémostasier dans ce milieu. Est-il étonnant, dès lors, que les caillots qui vont oblitérer la lumière de tous les vaisseaux béants, soient des caillots destinés à suppurer et à se détacher au moindre mouvement ? Et les mouvements nécessaires manqueront-ils dans des organes que la digestion soumet à d'incessantes contractions ? Si les accidents débutent le plus souvent insidieusement, n'est-on pas en droit de l'expliquer par la petitesse des vaisseaux et par suite des caillots migrateurs ? Qu'un caillot se détache ainsi : rien d'étonnant que, là où il s'arrêtera, il puisse coloniser et créer un foyer infectieux.

Sans doute, on nous objectera que, régulièrement, il devrait s'arrêter dans le foie. Cette considération anatomique ne saurait nous arrêter, soit que le caillot microscopique soit suffisamment tenu pour franchir les capillaires hépatiques, soit qu'il emprunte la voie des anastomoses reliant le système veineux de l'estomac aux veines aérophagiennes et par conséquent à la veine cave inférieure. Que des caillots s'arrêtent dans

le foie, rien n'est plus probable. Et on pourra toujours prétendre que, puisque les complications pulmonaires passeraient inaperçues sans l'auscultation, il est possible qu'une complication hépatique puisse ne pas être décelée. Nous n'avons jamais rien observé qui puisse nous faire croire que cet organe ait été touché.

C'est donc surtout au point de vue clinique que nous nous plaçons pour croire qu'il s'agit là d'embolies. Et si on accepte cette manière de voir, on explique aisément que les embolies soient plus fréquentes avec le procédé en Y et surtout avec la pylorectomie où les surfaces sectionnées sont plus étendues. On peut de même soutenir que si le cancer paraît y prédisposer davantage, cela tient à la septicité plus grande du contenu stomacal.

Dans la gastro-entérostomie pour ulcère, ces complications pulmonaires nous ont semblé le plus souvent bénignes. Nous n'avons jamais observé de mort à leur suite. On luttera localement par des cataplasmes sinapisés. Pour soutenir l'état général on usera largement de l'alcool et de potions stimulantes à base d'acétate d'ammoniaque et de liqueur d'Hoffmann qui font souvent merveille.

Suites éloignées

Les suites éloignées chez nos malades ont été parfaites jusqu'à ce jour, sauf chez un malade (obs. I) opéré pour une tumeur inflammatoire au niveau du pylore et à qui on appliqua le procédé en Y. Sans doute nous n'avons pas revu tous les autres malades. Mais tous ceux

qui sont revenus se sont déclarés enchantés de l'opération. Un seul est revenu porteur d'une éventration : les suites opératoires de ce malade signalaient une suppuration pariétale.

Mais il n'en est pas toujours ainsi et il arrive parfois que l'opération ne guérit pas. Le plus souvent, après une amélioration post-opératoire qui peut se prolonger de quelques mois à quelques années, le malade est repris des mêmes troubles qui l'avaient décidé à l'intervention. Les douleurs réapparaissent, le plus souvent sourdes, parfois très aiguës; elles peuvent s'accompagner de vomissements alimentaires qui rappellent les vomissements des sténoses pyloriques. Enfin les hématémèses peuvent elles-mêmes survenir brusquement.

Nous n'examinerons pas toutes les critiques que, dans ce cas, on a adressées à l'opération. Soit qu'on parle de régime, soit qu'on parle des reflux de bile, on est incapable d'expliquer ainsi l'amélioration parfois très longue qui a séparé l'opération de la rechute. Sans doute il reste bien l'explication, réservée à ces cas difficiles. On parle de suggestion. C'est une explication insuffisante et dont il faut se méfier.

Il semble bien qu'il faille chercher ailleurs d'autres raisons plus scientifiques et moins vagues. Le retour des douleurs, des vomissements chez un malade opéré pour sténose indique que la sténose s'est reformée. Le retour des hémorragies indique le réveil de l'ulcère. Mais il faut bien accorder aussi à la chirurgie que la disparition des douleurs et des vomissements avait indiqué la disparition de l'obstacle et que la disparition des

hémorragies avait montré l'ulcère en voie de cicatrisation. En réalité, ce malade avait guéri à la suite de l'intervention, mais il est retombé malade. Reste à expliquer pourquoi :

Si nos malades ont eu tous des suites opératoires excellentes, on ne saurait attribuer ce résultat à un régime post-opératoire. Non pas que nous rejetions cet adjuvant de l'acte chirurgical. Mais ce sont les opérés qui ne veulent pas en entendre parler. Nous croyons que l'excellence de ces suites tient à la nature cicatricielle de la sténose.

Suites opératoires des malades opérés au cours d'une dilatation gastrique

Nous croyons qu'il faut mettre à part la sténose s'accompagnant de grandes dilatations gastriques. Ces malades, une fois opérés, ont, malgré tout, une musculature affaiblie et il peut arriver que malgré une bouche largement perméable, l'estomac se vide toujours mal. La responsabilité de ces cas n'incombe pas à la chirurgie.

On n'admet pas, en effet, que la gastro-entérostomie soit un drainage parfait de l'estomac. Il apparaît comme démontré que l'estomac ne se vide pas ainsi plus rapidement.

Après avoir exagéré en disant que les aliments ne faisaient que passer dans cet organe, on a peut-être exagéré en allant à l'opinion opposée. Il est probable, dans les premiers temps tout au moins, que l'estomac se vide plus rapidement que chez un homme sain et la

diarrhée, symptôme banal dans les premières semaines qui suivent l'opération, rappelle bien la diarrhée que l'on décrit dans l'incontinence du pylore. Sans doute il apparaît exact que l'estomac ne se vide pas comme une vessie pleine d'eau à laquelle on fait un trou et qu'il lui faille entrer en contraction pour se vider. Mais on devrait aussi tenir compte de ce fait qu'il ne suffit pas à l'estomac de se contracter, qu'il faut encore que le pylore s'ouvre pour laisser passer le bol alimentaire dans l'intestin. Or avec la bouche nouvelle plus de sphincter, partant plus de résistance. Et pendant les contractions qui accompagnent la digestion stomacale, il est probable qu'une partie des aliments traverse l'anastomose. Qu'ensuite elle devienne continente comme peu à peu devient continent un anus contre-nature, c'est possible. En tous cas, les aliments séjournent dans l'estomac et ont besoin, pour s'échapper, que l'estomac se contracte. S'il a usé sa musculature, on ne saurait demander à l'opération une guérison absolue ; on peut, dans ce cas, tout au plus en attendre une amélioration.

Adhérences

On doit également mettre à part les adhérences qui peuvent survenir à la suite de l'opération entre l'estomac et un autre organe ou la paroi. Il a suffi, au cours d'une seconde intervention, de les libérer pour faire cesser tous les troubles et procurer au malade tous les bénéfices qu'il attendait de l'intervention.

Ulcère peptique

Nous ne l'avons jamais observé jusqu'à ce jour.

Retour de l'ulcère ou du phénomène de sténose

Un seul malade, nous venons de le dire, paraît avoir présenté des symptômes de récidive. Il reste à expliquer pourquoi une opération qui a permis à un ulcère de se cicatriser, à une sténose de disparaître, permet plus tard à la lésion de se reproduire. C'est, croyons-nous, parce que l'anastomose s'est refermée. Les faits apportés par Monprofit et par Roux, au XVIII[e] Congrès français de chirurgie, où ces chirurgiens rapportent avoir observé, au cours d'une deuxième intervention pour le premier, de l'autopsie pour le second, la disparition de leur anastomose et le bout jéjunal séparé de l'estomac et fermé en cul-de-sac (il s'agit du procédé en Y), le fait rapporté par Tuffier (Soc. de chir. *Bull. et Mém.* 1907, p. 463) où réopérant un de ses malades pour des hématémèses, il ne retrouva pas son anastomose, l'anse intestinale étant séparée de l'estomac par plusieurs centimètres et n'ayant plus conservé avec lui que quelques adhérences lâches, semblent jeter un jour nouveau sur cette question.

De même ordre apparaissent toutes ces interventions secondaires où la réfection de l'anastomose ou sa transformation par un autre procédé font céder les troubles.

Dans la discussion qui suit la communication de Tuffier, le P[r] Hartmann, pour expliquer cette sorte d'échec, croit à une mauvaise technique. Il rappelle les examens qu'il a pu faire de ses anastomoses à l'autopsie de malades cancéreux opérés et morts dans la suite, de leur mal. L'examen histologique a montré la continuation des

épithéliums, l'absence totale de tout tissu fibreux, de tout tissu rétractile. Aussi accuse-t-il la suture muco-muqueuse de Tuffier d'être responsable de l'échec : « Une muqueuse se coupe facilement sous la pression du fil et les adhérences séreuses peuvent ensuite s'étirer, la bouche se fermer ».

Ce qui vient confirmer cette explication, c'est le rétrécissement fréquent des anastomoses faites au bouton de Marphy, où la simple pression du bouton doit suffire à coapter les muqueuses.

Mais s'ensuit-il que le surjet interne, s'il embrasse la totalité des tuniques de l'estomac et de l'intestin, mette à l'abri du rétrécissement de l'anastomose ? Parce que le Pr Hartmann n'a pas observé de tissu de sclérose dans les anastomoses qu'il a examinées, s'ensuit-il que toutes celles pratiquées par le même procédé donneront les mêmes résultats ? Nous ne le croyons pas. Il suffit, en effet, de considérer dans quel milieu septique court le fil qui va constituer ce premier surjet pour imaginer combien il a chance de suppurer et de lâcher. Et la meilleure preuve, c'est qu'au-dessus de lui on se sait obligé de faire un second surjet qui, par des points à la Lambert, va rapprocher la surface séreuse et protéger la cavité abdominale contre un relâchement du premier et toutes ses conséquences.

Quoi d'étonnant à ce que l'affrontement puisse ne pas être aussi parfait qu'on avait pu l'espérer? Si la plaie s'infecte (et quels risques elle court de le faire) quoi d'étonnant à ce que la cicatrice perde de sa souplesse, à ce qu'elle se sclérose et à ce qu'elle se rétrécisse ?

Maintenant le Pr Hartmann a-t-il raison s'il ne veut faire jouer aucun rôle à la perméabilité du pylore ? Oui, s'il s'en tient aux anastomoses, avec lesquelles il discute. On ne voit pas pourquoi, en effet, elles se rétréciraient. Non, à notre avis, si on prend des anastomoses qui ont suppuré et qui se sont sclérosées. Nul doute que si on se trouve en présence d'une sténose spasmodique qu'a guérie la gastro-entérostomie en mettant le pylore au repos, les aliments ne reprennent leur chemin d'antan dès que le pylore sera redevenu perméable. Et il est vraisemblable que la bouche qui avait tendance à se cicatriser, ne le fasse d'autant plus rapidement qu'elle est devenue plus inutile. Elle obéira à cette loi générale que rappelait Reynier à la même séance de la Société de Chirurgie et qui veut que toute fistule sur un trajet disparaisse lorsque la lumière de ce dernier est redevenue perméable. Mais la perméabilité du pylore n'est pas nécessaire, et l'observation de Monprofit montre que malgré la sténose de cet orifice, son anastomose s'est rétrécie et a disparu. Mais il paraît probable que le passage continuel des aliments par la nouvelle bouche, en la soumettant à une dilatation de tous les jours, doive diminuer la rapidité de l'oblitération.

Il devient dès lors facile d'expliquer le retour des accidents selon que l'on se trouvait en présence d'une sténose spasmodique ou d'une sténose cicatricielle.

1°) *Sténose spasmodique.*

La nouvelle bouche étant devenue inutilisable, le malade est dans les conditions où il se trouvait avant le début de sa première crise. Il est à la merci d'une nou-

velle ulcération qui entraînera les mêmes accidents que les premiers ;

2°) *Sténose cicatricielle.*

La nouvelle bouche s'étant rétrécie, le malade se trouve dans les conditions où il était avant l'opération. Et si la bouche est encore perméable quoique rétrécie, ce malade n'a plus seulement une sténose cicatricielle, il en a deux.

Car il est bien évident que dans la plupart de ces cas, la bouche ne s'obture pas complètement, sans quoi les observations seraient fréquentes. Il doit souvent arriver qu'elle se rétrécisse seulement, mais suffisamment pour rendre pénible l'évacuation de l'estomac. Enfin il n'est pas impossible qu'une simple induration suffise à rendre cette cicatrice douloureuse. Et si à ce moment un médecin s'avise de pratiquer l'analyse du suc gastrique, il pourra trouver des modifications dans sa constitution qu'il rendra responsable du retour des accidents. Mais ne risque-t-il pas de se tromper et de prendre pour la cause ce qui n'est qu'un effet de réaction de l'organe ?

La conclusion à notre avis est simple. Devant un malade qui se plaint de souffrir à nouveau, il faut à nouveau proposer une intervention. Et les faits publiés sont innombrables qui montrent l'amélioration nouvelle qui s'en suit. Mais, dira-t-on, il n'y a plus de raison pour s'arrêter et on sera amené ainsi à opérer le même malade un nombre de fois considérable. Que peut à cela le chirurgien ? Il ne dépend pas de lui que l'anastomose reste perméable. De même qu'il appartint au

malade de juger en dernier ressort si la première intervention devait être faite, de même il lui appartient de décider s'il doit se soumettre à une nouvelle opération.

Il restera à établir, si une large anastomose est supérieure, s'il est bon, comme on l'a proposé, au lieu de faire une incision, de retrancher une portion de la paroi gastrique.

Nous ne nions pas non plus que, tout au moins chez les opérés pour sténose par contracture, un régime médical puisse prévenir le retour des accidents. Une connaissance plus complète de l'étiologie de l'ulcère nous paraît cependant nécessaire avant qu'on puisse l'affirmer.

INDICATIONS OPÉRATOIRES

Sténoses pyloriques

Les sténoses pyloriques sont l'indication par excellence de la gastro-entérostomie. Mais encore nous semble-t-il que l'on doive distinguer les sténoses cicatricielles des sténoses spasmodiques. Si dans les premières le pylore semble bien à toujours condamné, il n'en est plus de même pour les secondes où la guérison de la lésion semble devoir lui rendre sa perméabilité en faisant céder la contracture. De plus, si les contractions de l'estomac entraînent le bol alimentaire vers le pylore, quitte, s'il est fermé, à leur faire rebrousser chemin vers l'anastomose, n'est-il pas à craindre que ces contractions, véritables coups de bélier, ne continuent à l'irriter et retardent la guérison. Ainsi, autant pour éviter ce second inconvénient que pour essayer de prévenir le retour des accidents, si, après la disparition de la contracture, la bouche créée se refermait, a-t-on proposé l'exclusion du pylore. Cette opération que certains auteurs nomment opération de von Eiselberg mérite en réalité le nom d'opération de Doyen, du nom

du chirurgien qui le premier l'a proposée et pratiquée.

S'il est vrai que la gastro-entérostomie donne les plus beaux résultats dans la sténose cicatricielle, en condamnant le pylore dans les lésions qui entraînent la contracture, on aboutira ainsi à une sténose cicatricielle. Doyen, dès 1893, la proposait (V. Congrès français de chirurgie, 1893, p. 409). Jannesco, au XXIe Congrès français de chirurgie, en vantait à son tour les excellents résultats. Le même auteur et Delagénière au XXIIe Congrès, apportaient de nouvelles observations confirmatives. La seule objection serait dans l'oblitération toujours possible de la nouvelle anastomose. Mais le danger aussi menaçant d'une nouvelle oblitération du pylore répond de lui-même à l'objection. Cette opération est pour nous l'opération-type des sténoses spasmodiques, puisqu'elle les ramène aux sténoses cicatricielles où l'opération est si parfaite en général, comme le montrent les cas que nous apportons.

Et si la lésion qui entraîne la contracture s'étend plus ou moins loin sur les faces et sur les courbures, ce n'est pas seulement le pylore qu'il faudrait exclure, mais à notre avis toute la portion stomacale atteinte, ne dut-on laisser que juste l'étoffe suffisante pour établir l'anastomose. C'est le seul moyen de mettre la lésion au repos et de lui permettre de guérir.

Le seul inconvénient n'est pas dans le prolongement de l'opération qui doit être terminée en une heure, mais dans le plus grand danger où l'on est d'infecter le champ opératoire, surtout si on ne peut amener l'estomac en dehors du ventre. Aussi Jannesco insiste-t-il

sur la nécessité de sectionner l'estomac loin du pylore, de façon à bien amener l'estomac hors de la cavité abdominale.

Hémorragies

Alors que l'on espérait une guérison d'une sténose spasmodique par le traitement médical, il peut survenir des hémorragies abondantes et qui posent le problème troublant de savoir si oui ou non le malade doit être confié au chirurgien. Il ne nous semble pas utile de rappeler les observations de Quénu et de Hartmann (Société de Chirurgie 1904. *Bull.* et *Mém.* p. 305 et suivantes) concernant des malades où la gastro-entérostomie n'empêcha pas une hémorragie mortelle de se produire. Il s'agit dans ces cas d'ulcérations de l'artère hépatique. Elles démontrent l'inutilité de tout traitement dans certains cas et elles prouveraient aussi bien l'inutilité du traitement médical.

Pour discuter cette complication, il faut tout d'abord distinguer avec le P[r] Hartmann les hémorragies qui paraissent entretenues par les contractions liées à une sténose pylorique. La gastro-entérostomie, en supprimant cette dernière, mettra l'estomac au repos et pourra supprimer les hémorragies.

Il faut aussi distinguer les grandes hémorragies, ces hémorragies formidables, à la suite desquelles la moindre perte de sang peut tuer le malade. L'avis général est qu'il ne faut pas y toucher et qu'elles relèvent uniquement du traitement médical. Les statistiques démontrent, en effet, qu'il est nettement supérieur aux

interventions destinées à réaliser l'hémostase, soit en allant lier le vaisseau ou réséquer l'ulcère, soit en mettant au repos l'organe à l'aide de la gastro-entérostomie. Donc sa supériorité n'est pas niable et ce qui nous étonne, ce n'est pas que la gastro-entérostomie échoue dans ce cas, c'est qu'elle puisse réussir. On lui préférera donc, d'après les auteurs, le traitement médical. Mais qu'est donc ce fameux traitement, sinon un traitement de famine? Sans doute on est prodigue d'injections de sérum artificiel qui, en relevant la tension, raniment le malade, mais peuvent faire réapparaître l'hémorragie. Sans doute, on est prodigue de lavements alimentaires, qui n'ont jamais nourri personne, mais qui, par contre, sont responsables de nombre de rectites. En vérité, si nous-même étions atteint d'une de ces formidables hématémèses dont la répétition menace de saigner à blanc le malade, nous ne voudrions pas d'un traitement qui ne fait qu'ajouter aux effets déprimants de l'hémorragie. Ah! certes, l'estomac est au repos, et à quel repos! Et il faut affirmer très haut que lui non plus ne guérit pas toujours, et quand il guérit, il faut crier à quel prix la guérison est obtenue. Et nous gardons trop puissant le souvenir non pas seulement d'un malade qu'il n'empêcha pas de succomber à une nouvelle hémorragie, non pas seulement de ces malades qui, s'ils ne moururent pas, continuèrent quand même à saigner, mais surtout des malheureux qui eurent à lutter de longs mois contre une faiblesse invincible et dont la santé a été à jamais compromise par une diète aussi rigoureuse.

Car combien durera-t-il, ce traitement médical? Au bout de combien d'heures, de jours, de semaines pourra-t-on être sûr que toute chance d'hémorragie est supprimée et que l'alimentation (un peu de lait par cuillerée à café!!) peut être reprise? Et si malgré tout, l'hémorragie alors reparaît, que fera le médecin? Condamnera-t-il son malade à mourir d'inanition pour avoir la satisfaction de ne pas le voir succomber à une hémorragie? Ou appellera-t-il un chirurgien qui, en opérant trop tard, ajoutera un décès de plus à cette sombre statistique?

Non, nous n'en voudrions pas.

Nous ne voudrions pas non plus de l'excision de l'ulcère. Sans doute, il est des cas favorables où elle s'impose. Mais dans combien d'autres, et ceci s'applique aussi à la gastrotomie, est-on impuissant, même sur la table d'autopsie, à découvrir le point qui saigne. Et si on le trouve, à quelle opération risquera-t-on d'être conduit sur un malade à bout, qui risque de succomber au shock ou à la moindre infection. Des chirurgiens, dans de telles conditions, ont été amenés à faire une pylorectomie, voire une gastrectomie.

Ce que nous voudrions, pour nous, c'est la jéjunostomie, indiquée par les uns, conseillée par d'autres, pratiquée par quelques-uns. S'il s'agit de mettre l'estomac au repos, nul traitement mieux qu'elle ne saurait y arriver. Et ce ne sera plus le repos dangereux du traitement médical : on pourra alimenter les malades autrement que par le rectum. Et qu'on ne parle pas de shock : l'opération est facile, rapide. Avec la ligature des

membres ou au besoin avec une simple anesthésie locale, on réduira à presque rien le risque opératoire. Soutenir que de tels malades ne peuvent supporter le moindre traumatisme serait se moquer. S'ils sont mourants, sans doute les abandonnera-t-on. Mais qui ferait croire que ces malades capables de résister au traitement médical sont incapables de subir une jéjunostomie ? Ce serait oublier les résultats que donne la laparotomie pour rupture tubaire chez des malades exsangsues, dans le ventre desquelles on trouve des litres de sang.

Si le malade meurt par continuation de l'hémorragie, on pourra affirmer qu'il serait mort sous l'opération. S'il meurt du shock, c'est qu'il aura été opéré trop tard. La chirurgie ne sera responsable que s'il meurt d'infection. Une observation de Tixier, (Soc. de chirurgie de Lyon, 10 déc. 1908), et une autre de Villard (même séance) sont particulièrement instructives et démontrent après d'autres les ressources qu'offre au malade la jéjunostomie. Et si le malade de Tixier présente, au bout de deux mois, des signes de tuberculose aiguë, quels droits revendiquera le traitement médical dans ce cas, où après la jéjunostomie tout essai d'alimentation buccale ramenait les hémorragies. Le malade de Villard est mort par la faute d'un bouton (on tait le nom de l'auteur) dont le chirurgien s'était servi pour établir une anastomose entre l'anse efférente et l'anse afférente. Mais ce malade, à ce point exsangue qu'on avait discuté la possibilité d'une transfusion par la méthode de Carrel, ne présenta aucune hématémèse entre l'opération et la mort. La jéjunostomie enregistre le succès, mais n'est

pas responsable du désastre. Notons que l'autopsie une fois de plus ne permit pas de découvrir ni le point qui saignait, ni la moindre trace d'ulcère.

Et si on y tient, l'opération n'empêchera pas d'administrer par la bouche tous les hémostatiques que l'on voudra.

Quant aux petites hémorragies, qui ne sont menaçantes que par leur répétition, si le malade est en état de supporter une opération assez longue et si on peut localiser l'ulcère, l'opération type serait, à notre avis, l'exclusion de l'estomac en amont et l'établissement de d'une gastro-entérostomie.

Perforation de l'ulcère

Là, il faut tout tenter et savoir que si certaines statistiques donnent 100 p. 100 de succès, il en est d'autres émanant de chirurgiens comme Jaboulay qui accusent 100 p. 100 de mortalité. Suturer la perforation, réséquer l'ulcère, l'aboucher à la peau, ou, comme on vient de le proposer, le drainer à la paroi par un drain enveloppé d'épiploon, tout est permis, tout peut réussir, tout peut échouer. C'est la chirurgie la plus bienfaisante, quand ce n'est pas la chirurgie la plus décevante. Mais elle reste alors le seul espoir du malade.

OBSERVATIONS RÉSUMÉES

Observation 1

Abdel-Kader ben-Ali, 30 ans, souffre depuis quinze mois de l'estomac. Douleurs revenant trois heures après le repas. Vomit depuis trois mois : grands vomissements alimentaires plus ou moins espacés, très abondants. L'examen physique permet de constater une résistance à droite. La palpation est très douloureuse.

Intervention le 12 mai 1906, par M. le Dr Sorel (de Dijon). A l'ouverture de l'abdomen, on constate au niveau du pylore une grosse tumeur très adhérente de tous côtés. Gastro-entérostomie postérieure en Y.

Suites opératoires. — Les suites immédiates sont troublées par une pneumonie gauche qui donne de grandes inquiétudes. Le malade se rétablit cependant et quitte l'hôpital au 29e jour.

Suites éloignées. — Après une amélioration de cinq mois, les douleurs reparaissent, moins fortes. On se contente de conseiller un traitement médical.

Observation 2

Mohammed ben-Hadj-Rachid, 40 ans, originaire de Soliman, vient se plaindre de douleurs gastriques, qu'il dit remonter à

une dizaine d'années. Vomissements alimentaires abondants depuis huit mois. Aurait vomi du sang, il y a quatre ans. Grosse dilatation gastrique avec contractions péristaltiques très visibles.

Epreuve de Hartmann positive.

Intervention le 16 mai 1907. — Le pylore et l'estomac sont couverts de traînées blanchâtres de périgastrite. Le méso-côlon est adhérent à la face postérieure de l'estomac.

Gastro-entéro-anastomose par le procédé de Von Hacker.

Durée : 1 heure.

Suites immédiates. — Excellentes.

Suites éloignées. — Le malade a été revu en mai 1908, un an après l'intervention, en excellent état.

Observation 3

Abder haman ben Abdallah, 40 ans, Tunis. Souffre depuis longtemps de l'estomac. Vomit depuis plusieurs années, mais surtout depuis 3 mois. Malade très affaibli. Grosse dilatation gastrique avec contractions péristaltiques très nettes, que le malade accuse.

Epreuve de Hartmann positive.

Intervention le 4 juillet 1907. — Grosse dilatation de l'estomac. Périgastrite. Ptose généralisée de tous les viscères de l'abdomen. Pylore très gros et très induré.

Gastro-entéro-anastomose par le procédé de Von Hacker.

Suites immédiates. — Normales.

Suites éloignées. — Le malade que connaît un de nos auxiliaires, va très bien depuis son opération.

Observation 4

Ahmed ben Mohammed, 30 ans.

Douleurs depuis un an (?). Vomissements qui seraient apparus avec les douleurs, abondants. Grosse dilatation avec contrac-

tions péristaltiques nettes. Douleurs provoquées par la palpation. Epreuve de Hartmann positive.

Intervention le 25 juillet 1907. — Traînée blanchâtre de périgastrite. Péripylorite avec adhérences.

Gastro-entéro-anastomose par le procédé de Von Hacker.

Suites immédiates. — Les vomissements post-opératoires se continuent le lendemain. Vomissements bilieux, puis fécaloïdes que rien ne peut arrêter. Mort le 5e jour.

Autopsie. — L'anastomose porte bas sur l'intestin grêle. Le bout afférent est très distendu ainsi que l'estomac. Le bout efférent est rétracté. L'estomac étant enlevé, en le remplissant d'eau, celle-ci passe cependant dans les deux anses. Aucune trace de péritonite.

Observation 5

Ali ben Hassen, 40 ans. Zaghouan.

Souffre de l'estomac depuis sa jeunesse. A eu, vers l'âge de 25 ans, une période de vomissements qui a duré plusieurs mois. Les vomissements ont repris il y a cinq mois. Caractère des grands vomissements de sténoses. Aurait vomi du sang noir à différentes reprises.

Grosse dilatation gastrique.

Intervention le 12 décembre 1907. — Estomac énorme. Intestin rétracté. Péripylorite.

Gastro-entéro-anastomose par le procédé de Von Hacker.

Suites opératoires. — Troublées par une congestion pulmonaire gauche.

Suites éloignées. — Le malade n'a pas été revu.

Observation 6

Mustapha ben Ammad, 48 ans, Tunis.

Souffre depuis longtemps. Vomit depuis six ans (?) Malade

très cachectique. Epreuve de Hartmann positive. Estomac dilaté.

Intervention le 9 janvier 1908. — L'estomac est rétracté, alors qu'à l'examen il était dilaté. Périgastrite par places. Pylore induré avec traînée blanchâtre. Intestin petit, rétracté.

Gastro-entéro-anastomose (Von Hacker) Durée : 40 minutes.

Suites opératoires. — Suppuration pariétale.

Suites éloignées. — Le malade est revenu en avril 1904, porteur d'une éventration dont il a refusé la cure radicale. Ne souffre plus, ne vomit plus.

Observation 7

Messaoud ben Ahmed, 60 ans, Djerba.

Souffre depuis très longtemps. Vomissements extrêmement abondants reparaissant tous les deux ou trois jours depuis un an. Parfois vomissements noirs. Grosse dilatation gastrique descendant à quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Epreuve de Hartmann positive.

Intervention le 11 janvier 1908. — Pylore dur, scléreux au toucher. Sur la face antérieure et postérieure de l'estomac, stries blanchâtres disposées en bandes et convergeant vers le pylore.

Gastro-entérostomie selon le procédé de Von Hacker.

Durée : 40 minutes.

Suites opératoires. — Congestion pulmonaire gauche.

Suites éloignées. — Le malade revu en août, pour un rétrécissement de l'urèthre, n'a plus souffert de l'estomac depuis l'opération, sauf une fois à la suite d'un repas trop copieux.

Observation 8

Mohammed ben Amar, 30 ans.

Souffre depuis six ans de l'estomac. Vomit depuis deux mois. Au début, aurait vomi du sang noir à diverses reprises. Dila-

tation gastrique s'étendant à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Contraction péristaltique très marquée. Epreuve de Hartmann positive.

Intervention le 28 janvier 1908. — Estomac dilaté. Intestin très rétracté. Adhérence entre le méso-côlon et la face postérieure de l'estomac. Péripylorite avec adhérences que l'on rompt.

Gastro-entéro-anastomose selon le procédé de Von Hacker Durée : 40 minutes.

Suites opératoires. — Suppurations pariétales.

Suites éloignées. — Le malade qui a travaillé pendant un an à la salle d'autopsie a présenté des suites parfaites.

Observation 9

Saïd ben Ahmed, 40 ans.

Douleurs gastriques depuis deux ans. Vomissements alimentaires depuis six mois, incessants depuis deux mois. Malade extrêmement amaigri. Dilatation énorme descendant à mi-chemin entre l'ombilic et le pubis.

Epreuve de Hartmann positive.

Intervention le 27 février 1908. — Estomac très dilaté avec traînée blanchâtre convergeant vers le pylore. Le pylore est gros, dur, recouvert d'un péritoine blanchâtre. Intestin minuscule. Gastro-entéro-anastomose selon le procédé de Von Hacker. Durée : 35 minutes.

Suites opératoires. — Excellentes. Le malade, à sa sortie, le 25e jour, a repris 12 kilogs.

Suites éloignées. — N'a pas été revu.

Observation 10

Ahmed ben Mohammed, 60 ans. Testam.

Douleurs depuis très longtemps. Vomissements alimentaires abondants revenant tous les deux jours, à odeur fédide.

Dilatation stomacale avec contractions péristaltiques. Épreuve de Hartmann positive.

Intervention le 21 mars 1908. — Périgastrite avec estomac très dilaté. Pylore entouré d'une gangue inflammatoire.

Gastro-entéro-anastomose (Von Hacker).

Suites immédiates. — Broncho-pneumonie bilatérale.

Suites éloignées. — N'a pas été revu.

Observation 11

Ahmed ben Mohammed el Osammar, 35 ans. Tunis.

Malade depuis un an. Douleurs tardives. Vomissements revenant tous les jours, 5 heures après le repas. Aurait vomi du sang noir et en aurait rendu dans ses selles. Amaigrissement énorme.

L'examen montre un estomac dilaté descendant à quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic. A la palpation profonde, on sent, au niveau du pylore, une masse roulant sous le doigt et dont la pression éveille une douleur. Épreuve de Hartmann positive.

Intervention le 28 mars 1908. — Estomac dilaté avec tumeur inflammatoire au niveau du pylore.

Gastro-entéro-anastomose par le procédé de Von Hacker : 45 minutes.

Suites opératoires. — Normales.

Suites éloignées. — Nous avons eu l'occasion de revoir ce malade en septembre 1909. Etat de santé florissant. Il n'a jamais souffert, n'a jamais vomi.

Observation 12

Ali el Mokni, 50 ans, Tunis.

Alcoolique.

Souffre de l'estomac depuis sept ou huit ans. Douleurs survenant après les repas, irradiant au dos, calmées par les vomis-

sements que le malade provoque. Vomissements peu abondants, continuels depuis treize jours. Amaigrissement. Teint pâle.

L'examen montre un estomac peu dilaté, mais animé de contractions péristaltiques extraordinaires. Epreuve de Hartmann positive.

Intervention le 8 *avril* 1908. — Anesthésie difficile.

L'estomac est couvert de plaques blanchâtres épaisses, particulièrement au niveau du pylore qui est très augmenté de volume et très dur à la palpation. L'abouchement doit être fait en partie sur des tissus scléreux. Procédé de Von Hacker, 35 minutes.

Suites opératoires. — Normales.

Suites éloignées. — N'a pas été revu.

Observation 13

Mohammed Ali-El Ayari, 50 ans, Tunis.

Se plaint depuis quinze ans de douleurs gastriques survenant plusieurs heures après les repas. Vomissements depuis huit mois très abondants, se reproduisant tous les deux ou trois jours, parfois tous les jours. Contractions péristaltiques très nettes sur lesquelles le malade attire l'attention : il dit sentir, quand elles se produisent, quelque chose qui roule.

A l'examen, l'estomac est dilaté, surtout aux dépens de la grosse tubérosité.

Dans les urines, pigment rouge (urohématine) et indican en assez grande quantité.

Ce malade, bien que vigoureux, dit avoir maigri. Epreuve de Hartmann positive.

Intervention le 11 *avril* 1908. — L'estomac est dilaté. Le pylore présente des traînées blanchâtres de péripylorite.

Gastro-entéro-anastomose pour le procédé de Von Hacker.

Durée : 30 minutes.

Suites opératoires. — Troublées par une congestion pulmonaire gauche.

Suites éloignées. — Le malade est revenu se faire soigner une gale. Il s'est déclaré enchanté du résultat de l'intervention qui a supprimé douleurs et vomissements. L'estomac paraît cependant encore dilaté !

Observation 14

Ahmed ben Mohammed el Hechri, 35 ans, Mornag.

Douleurs depuis cinq ans. Depuis neuf mois, vomissements continuels, très aigres, survenant 6 heures après le repas. Amaigrissement considérable. A l'examen, tension permanente de l'estomac. Dilatation énorme. Mouvements péristaltiques. Clapotage.

Intervention le 13 *juin* 1908. — Ganglions énormes sous-pyloriques. Adhérence d'une anse grêle au méso-côlon. Pylore augmenté de volume avec des traces de péripylorite. L'estomac est beaucoup moins volumineux que ne l'avait montré l'examen. Nombreux ganglions mésentériques.

Gastro-entéro-anastomose par le procédé de Von Hacker après avoir détaché l'anse adhérente au méso-côlon. Durée : 45 minutes.

Suites opératoires. — Normales.

Suites éloignées. — Le malade a été revu, à l'occasion d'un panaris, méconnaissable, en raison de son embonpoint. Ne souffre plus du tout et ne vomit plus.

Observation 15

Ali ben Zarouk, 45 ans, Ouled Aoun.

Souffre depuis dix-sept ans : douleurs tardives calmées par l'ingestion d'aliments, avec paroxysmes survenant à intervalles irréguliers, surtout à la suite d'écarts de régime. Vomissements depuis quatre ans. Depuis six mois, reviennent tous les trois ou quatre jours, très abondants.

L'examen montre une hyperesthésie très nette de la région

épigastrique, une grosse dilatation stomacale et des contractions péristaltiques nettes.

Etat général très déprimé : amaigrissement considérable.

Epreuve d'Hartmann positive.

Intervention le 14 juin 1908. — Estomac dilaté avec périgastrite surtout marquée au niveau de la grosse tubérosité. Adhérence du méso-côlon avec la face postérieure de l'estomac.

Gastro-entérostomie par le procédé de Von Hacker.

Suites opératoires. — Parfaites.

Suites éloignées. — N'a pas été revu.

Observation 16

Mohammed Dabbad ben Hassen Ouhida, 40 ans. Porto-Farina.

Douleurs depuis quatorze ans, revenant entre 1 h. 1/2 et 2 heures après le repas.

Vomissements depuis huit ans, revenant tous les trois ou quatre jours. Aurait eu des vomissements noirs et du melæna. Les vomissements alimentaires font céder les douleurs. Indican dans les urines.

L'examen montre une hyperesthésie de la région épigastrique. L'estomac très dilaté descend à six travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Contractions péristaltiques marquées par des raies de feu transversales. Le malade les ressent et les signale.

Le cathétérisme montre à jeun de la gastro-sucorrhée. Épreuve de Hartmann positive.

Intervention le 18 juin 1908.

Estomac dilaté. Intestin très rétracté.

Pylore induré avec trace de péripylorite.

Gastro-entérostomie (Von Hacker).

Suites immédiates. — Normales.

Suites éloignées. — Le malade a été revu en octobre 1908 en très bonne santé.

Observation 17

Mohammed el Haouari, 55 ans. Haouaria.

Gastro-entérostomie pour sténose cicatricielle du pylore, le 28 juillet 1908 : guérison.

(L'observation de ce malade n'a pu être retrouvée. Dans l'impossibilité de la résumer, nous sommes obligés de nous contenter de transcrire le diagnostic du cahier des opérations.)

Ce malade n'a pas été revu.

Observation 18

Mohammed ben Amor, 35 ans. Ouargamma.

Douleurs depuis quatre ans, exagérées par les repas, très marquées la nuit.

Vomissements depuis trois mois, que provoque souvent le malade en s'introduisant les doigts dans la bouche.

Pas de dilatation gastrique. Mais contractions péristaltiques nettement visibles.

Épreuve de Hartmann positive.

Intervention le 3 décembre 1908.

Estomac petit. Intestin grêle rétracté.

Pylore dur avec cicatrice, déprimé sur sa face antérieure.

Gastro-entérostomie (Von Hacker).

Suites opératoires. — Normales.

Suites éloignées. — N'a pas été revu.

Observation 19

Mort par circulus vitiosus.

Yuya ben Mohammed, 34 ans. Matmata.

Douleurs depuis seize mois, rappelant de tous points les douleurs de l'ulcère : survenant après les repas, environ une demi-heure; irradiant au dos, calmées pour un instant par l'ingestion

des aliments. Quelques vomissements brûlant la bouche. Pyrosis. Régurgitations d'un liquide chaud, très amer. Aurait vomi du sang noir.

Pàs de dilatation, pas de contractions péristaltiques.

Epreuve de Hartmann négative.

Le malade paraissant endurer des douleurs atroces, on l'*opère le 8 décembre* 1908. Estomac petit, d'apparence normale. Intestin rétracté. Rien au pylore. Aucune induration. Gastro-entérostomie. (Von Hacker).

Suites opératoires. — Vomissements qui se continuent le lendemain et le surlendemain matin, nettement bilieux.

Seconde intervention le 10 décembre 1907.

On fait sauter les fils métalliques. Le ventre ouvert, l'anastomose paraît normale. Entéro-anastomose complémentaire entre le point déclive du bout afférent et l'anse efférente. Pas de trace de péritonite.

Suites. — Le malade continue à vomir et meurt le 6e jour.

L'autopsie n'a pu être faite.

Observation 20.

Béchir ben Ahmed, 50 ans, Tunis.

Souffre depuis huit ans; douleurs parfois précoces, parfois tardives (?) survenant après le repas et irradiant vers l'ombilic et les reins. Vomissements depuis trois ans, toujours très abondants, qui font cesser les douleurs. Ces vomissements reviennent tous les jours ou tous les deux jours.

Dilatation gastrique à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Contractions péristaltiques très nettes. Epreuve de Hartmann positive.

Intervention le 16 février 1909.

Quelques plaques blanchâtres sur la face antérieure de l'estomac. Adhérence du méso-côlon à la face postérieure de cet organe.

Gastro-entérostomie (Von Hacker). Durée : 35 minutes.

Suites opératoires. — Normale.

Suites éloignées. — Le malade a été revu en avril, bien portant, mais trop peu de temps après l'intervention, pour qu'on puisse parler de guérison définitive.

Observation 21

Brahmi ben Mbareck, 40 ans, Souk-el-Arba.

Souffre depuis trois ans. Vomissements depuis un an. Il y a deux ans aurait eu une crise de vomissements « marc de café » avec du sang rouge dans les selles. Dilatatation gastrique descendant à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Epreuve de Hartmann positive.

Intervention le 20 *mars* 1909. — Pylore induré avec adhérence, le reliant à la face inférieure du foie. Adhérence du méso-côlon à l'estomac, que l'on détruit difficilement pour faire place à l'anastomose.

Durée : 44 minutes.

Suites opératoires. — Normales.

Suites éloignées — Inconnues.

Observation 22

Abdehamid ben Ali, 30 ans, Ouled Ayar.

Douleurs depuis cinq ans à type tardif.

Vomissements abondants se répétant irrégulièrement depuis huit mois.

Amaigrissement considérable avec symptômes anémiques très marqués, bien que le malade n'accuse aucun vomissement de sang, ni melæna. Point de dilatation gastrique. Contractions péristaltiques.

Epreuve de Hartmann positive.

Intervention le 10 *avril* 1909. — Pylore très augmenté de volume, comme œdématié. Aucun signe de périgastrite. Intestin grêle minuscule.

Gastro-entérostomie (Von Hacker) ; 30 minutes.

Suites opératoires. — Congestion pulmonaire du côté gauche.

Suites éloignées. — Le malade n'a pas été revu.

Observation 23

Amar Jazar, 40 ans, Surindja.

Souffre depuis douze ans après le repas : douleurs tardives surtout marquées le soir et dans la première moitié de la nuit et cédant à un vomissement que provoque le malade. Vomissements le matin d'un liquide incolore, très acide, d'abondance variable, d'un verre à un demi-litre (gastro-sucorrhée.)

L'estomac insufflé descend à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Epreuve de Hartmann positive.

Intervention le 10 avril 1909.

Péripylorite. Adhérence de la face postérieure de l'estomac et du méso-côlon.

Gastro-entérostomie (Von Hacker) : 34 minutes.

Suites opératoires. — Normales.

Suites éloignées. — Cas trop récent.

Observation 24

Youssef ben Rahal, 40 ans, Mornag.

Sténose pylorique avec bride cicatricielle enserrant le pylore comme un anneau.

Gastro-entérostomie (Von Hacker), le 15 juillet 1909.

Suites opératoires. — Normales.

Suites éloignées. — Cas trop récent.

CONCLUSIONS

Il existe chez l'Arabe comme chez l'Européen une sténose pylorique relevant de l'ulcère de l'estomac et remarquable par la similitude de tous les cas que nous avons pu observer.

Au point de vue étiologique, une place importante doit être faite tant à la qualité qu'à l'irrégularité de l'alimentation de l'Arabe. On a soutenu aussi le rôle de la syphilis, du paludisme et de la tuberculose. Mais si le rôle de ces infections est possible, il n'est pas encore suffisamment démontré, et de nouvelles recherches sont nécessaires pour l'affirmer.

Au point de vue pathogénique, la théorie infectieuse paraît dominante pour expliquer l'aboutissement à la sténose cicatricielle : elle seule permet de comprendre les tumeurs inflammatoires, les adhérences et les cicatrices parfois énormes rencontrées au cours des interventions. Les sténoses d'origine spasmodique doivent être rapprochées de la contracture qui accompagne la fissure anale.

Au point de vue clinique, l'existence de contractions péristaltiques suffit pour affirmer la sténose. L'appari-

tion des vomissements alimentaires et la constatation de la stase gastrique sont utiles pour renforcer le diagnostic, mais ne sont pas indispensables pour l'établir.

La dilatation gastrique ne doit pas être considérée comme un symptôme, mais comme une complication des sténoses pyloriques. Il ne faut pas l'attendre pour proposer une intervention, mais proposer une intervention pour la prévenir.

Ce qui caractérise la sténose pylorique observée chez l'Arabe et ce qui lui donne son individualité propre, c'est que l'ulcère dont elle est l'aboutissant ne se manifeste qu'exceptionnellement par une grande hématémèse et surtout qu'il ne subît jamais la dégénérescence cancéreuse.

La gastro-entérostomie est le traitement type. Elle donne des meilleurs résultats dans les sténoses cicatricielles. L'exclusion du pylore, en transformant les sténoses spasmodiques en sténoses définitives et en les rapprochant des sténoses cicatricielles, devrait donner d'excellents résultats.

Les complications pulmonaires, si fréquentes dans les suites de la gastro-entérostomie, nous paraissent le plus souvent, au point de vue clinique, résulter d'embolies parties du siège de l'anastomose.

Les échecs éloignés de la gastro-entérostomie tiennent, pour la plupart, croyons-nous, au rétrécissement de la nouvelle bouche. Pour expliquer ce rétrécissement dans le cas où une bonne technique a été suivie, il faut, à notre avis, faire intervenir l'infection du surjet total et, son relâchement, la suppuration des lèvres de

l'anastomose : d'où un mauvais affrontement et une cicatrice sans souplesse, indurée, sclérosée et tendant vers le rétrécissement et même l'oblitération de la bouche.

Les petites hémorragies, qui peuvent survenir au cours des sténoses, relèvent de la gastro-entérostomie : en supprimant l'obstacle, celle-ci fait cesser les contractions et met ainsi l'organe à un repos relatif. Les grandes hémorragies n'appartiennent ni à la gastro-entérostomie, ni au traitement médical, mais à la jéjunostomie, opération simple, facile et rapide qui, aussi bien que ce dernier, mettra l'estomac au repos, sans condamner le malade à une dangereuse inanition.

Vu : le Président de la thèse
PAUL SEGOND.

Vu : le Doyen,
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
LIARD.

Paris. — Imp. Levé, 71, rue de Rennes.